

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU POST PARTUM ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Albert-Louis PIERAGGI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 26 janvier 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur...	<i>President.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

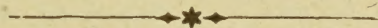
UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

• 1929-1930. — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU POST PARTUM ET DE LEUR TRAITEMENT



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 20 décembre 1929

PAR

Albert-Louis PIERAGGI

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à ROCHEFORT (Charente-Inférieure), le 26 janvier 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur...	<i>President.</i>
		GUYOT, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		PAPIN, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEG.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale VERGER	Zoologie et parasitologie MANDOUL.
id. CASSAET.	Médecine expérimentale MAURIAC.
Clinique chirurgicale CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique TEULIÈRES.
id. BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales. CARLES.	Clinique gynécologique. GUYOT.
Clinique d'accouchements ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZES.	Chimie biologique et médicale DENIGÈS.
Anatomie VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique. SIGALAS.
Anatomie générale et histologie G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Hygiène AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie PORTMANN.
Chimie CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée LABAT.
Potanique et matière médicale BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie. SELLIER.
Pharmacie. DUPOUY.	

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie DUBECQ.	Chirurgie générale PAPIN.
Histologie LACOSTE.	id. JEANNENEY.
Anatomie pathologique MURATET.	id. CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles R. SIGALAS.	id. LOUBAT.
Médecine générale CREYX.	Obstétrique PERY.
id. N.	id. N.
id. AUBERTIN.	Ophtalmologie BEAUVIEUX.
id. DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie. JOULIA.
id. PIÉCHAUD.	Pharmacie GOLSE.
Maladies mentales. PERRENS.	

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire CAVALIÉ.	Puériculture N.
Médecine opératoire PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac. N.
Accouchements PERY.	Pharmacie chimique GOLSE.
Ophtalmologie CABANNES.	Zoologie et parasitologie R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE. — A MA MÈRE.

En témoignage de ma profonde affection
et de ma vive gratitude.

A MA FEMME

A MON FILS

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

En gage de ma vive reconnaissance pour
l'accueil si bienveillant et si indulgent
qu'il m'a toujours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD,

Qui m'inspira ce travail, vont tous mes
remerciements pour les précieux conseils
qu'il m'a sans cesse prodigués.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Pour l'honneur qu'il m'a fait en accep
tant de présider cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMORRAGIES SECONDAIRES DU POST PARTUM
ET DE LEUR TRAITEMENT

INTRODUCTION

Jusqu'à ces dernières années, les accoucheurs n'avaient pas accordé à la question des hémorragies secondaires du *post partum* toute l'importance qu'elle méritait.

Des travaux parus et des observations publiées, il semblait cependant résulter que, sans méconnaître le rôle de l'infection dans la production de ces hémorragies, on les considérait, dans la grande majorité des cas, comme liées à une rétention placentaire.

Et, pour les classiques, c'était là une chose presque banale, il suffisait de « nettoyer l'utérus » (Budin) pour voir tous les accidents disparaître.

En 1924, M. le Professeur Couvelaire, dans la thèse de son élève Noguères, attira à nouveau l'attention des accoucheurs sur les hémorragies par rétention et sur la gravité de certaines d'entre elles.

Puis, en 1926, dans une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, il décrivait sous le nom de « forme métrorragique » de l'infection puerpérale plusieurs cas d'hémorragies sans rétention.

Ces hémorragies étaient d'ailleurs exceptionnellement graves et souvent mortelles, puisque, des trois cas rapportés par M. Couvelaire, deux s'étaient terminés par la mort.

En 1928, enfin, son élève Digonnet tentait dans sa thèse une étude d'ensemble de ces hémorragies secondaires du *post partum*.

En présence des nombreuses observations publiées depuis lors, devant la diversité des moyens thérapeutiques préconisés, nous avons pensé qu'il serait intéressant de reprendre cette étude et d'essayer ensuite de fixer la conduite à tenir dans ces cas souvent angoissants.

Après un aperçu historique (chapitre I), nous ferons l'étude de nos observations.

Ce sont des observations en série continue de nos grands services d'accouchement. Quelques-unes cependant sont dues à l'obligeance des accoucheurs de notre Faculté.

Pour bien mettre en relief les deux grandes variétés d'hémorragies secondaires du *post partum*, nous avons classé nos observations en deux séries :

- A. — Toutes les observations d'hémorragies par rétention.
- B. — Toutes les observations d'hémorragies sans rétention.

Dans chaque série nous classons nos observations d'après leur provenance et dans l'ordre suivant : observations de la Clinique d'accouchements, de la Maternité de Pellegrin, de Canolle.

La discussion des observations avec rétention formera le chapitre deuxième, celle des hémorragies sans rétention le chapitre troisième.

Un quatrième chapitre sera réservé à une étude d'ensemble, et nous terminerons notre exposé par nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE (1)

Il faut remonter aux environs de 1800 pour trouver dans la littérature médicale des faits se rapportant aux hémorragies du *post partum*.

D'ailleurs, des auteurs comme Leroux, Smellie, Velpeau, n'ont alors en vue que la seule rétention placentaire et ne font pour ainsi dire pas de distinction entre les hémorragies survenant aussitôt après l'accouchement et celles apparaissant plus tard dans les suites de couches.

Dans la suite, Kermauner, Chiari, Pelaprat, dans sa thèse, etc., se sont occupés de ces questions, et les traités classiques parlent aussi des hémorragies secondaires du *post partum*, mais sans y insister outre mesure.

En 1926, le Professeur Couvelaire signale, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, ce qu'il appelle la « forme métrorragique » de l'infection puerpérale, et il préconise dans ces cas graves l'hystérectomie d'emblée.

Nous retrouverons d'ailleurs, au cours de notre exposé, les conclusions complètes de M. Couvelaire dans la thèse de son élève Digoonet.

Sa communication eut un certain retentissement, puisque, comme nous l'avons dit dans notre introduction, observations et discussions se multiplièrent.

(1) Pour l'historique détaillé de la période avant 1926, voir Digoonet (Thèse de Paris, 1928.)

En avril de la même année, MM. Lévy Solal et Ravina rapportent, en effet, 5 cas d'hémorragies secondaires, dont 3 absolument sans rétention et 2 avec rétention de quelques débris. Après révision utérine, les auteurs mirent en place des tamponnements intra-utérins au filtrat streptococcique, et cette méthode « d'hémostase et de vaccination » leur donna 4 guérisons et 1 insuccès (mort).

Au cours de la même séance, le Professeur Brindeau signale 2 cas personnels traités par l'hystérectomie, avec une guérison et un décès.

MM. Devé, Delestre, Le Lorier, signalent aussi plusieurs observations d'hémorragies secondaires.

En 1927, Déromps déclare qu'il ne faut pas toujours incriminer le streptocoque et affirme le rôle de la syphilis et du paludisme. Dans son service de Téhéran, on a eu souvent d'excellents résultats avec la quinine dans certaines métrorragies graves du *post partum*.

En 1928, il nous faut citer tout d'abord la thèse de Digonnet sur les hémorragies secondaires avec et sans rétention. L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

« I. — Il existe des hémorragies secondaires avec et sans rétention.

» Ces dernières sont dues à l'infection. Le diagnostic des deux variétés est impossible sans exploration intra-utérine.

» II. — Cette exploration doit être très prudente et absolument aseptique. Il faut la pratiquer doucement pour éviter de réveiller l'infection.

» a) On sent un fragment placentaire. S'il est libre ou lâchement pédiculé : l'enlever. S'il est adhérent : ne rien faire ou hystérectomie, surtout s'il existe des poussées fébriles.

» b) La cavité utérine est vide : il faut alors tamponner avec une mèche iodoformée ou au filtrat.

» Si les signes infectieux sont graves, si l'hémorragie se répète, il faut pratiquer l'hystérectomie. »

Rappelons que ce travail a été fait sous l'inspiration de M. Couvelaire.

En parcourant les diverses communications faites dans le courant de 1928, nous trouvons tout d'abord une observation que M. le Professeur Andérodias décrit, avec MM. Balard et Mahon, sous le nom de « syndrome infectieux hémorragique des suites de couches ».

M. Andérodias, au cours de la discussion, dit que la transfusion est une chose très utile, alors que le tamponnement n'est qu'un moyen provisoire. Lorsque l'hémorragie se répète, s'il y a infection, il faut faire l'hystérectomie.

Un peu plus tard, MM. Desnoyers et Digonnet, soulignant le danger des manœuvres intra-utérines, M. Couvelaire abonde dans leur sens et rappelle, en y insistant, les conclusions de la thèse de Digonnet.

Plus loin encore, MM. Harmant, Hartemann, Vermelin, rappellent l'effet favorable du curage sur l'hémorragie, en faisant remarquer toutefois la réaction qu'il provoque. Pour eux, il est préférable de le tenter avant tout, et si les phénomènes infectieux persistent, il faut hystérectomiser.

A propos de rétentions placentaires, M. Metzger montre que l'abstention est nécessaire en cas de rétention. Il faut pratiquer la méthode des abcès de fixation précoces et user des hémostatiques. Si le traitement médical ne donne rien, on aura recours à l'hystérectomie.

N'omettons pas, enfin, de signaler, pour montrer l'intérêt de la question, les observations de MM. Ménaché, Balard, Le Lorier, Vermelin-Delfourd, Trillat-Eparvier, etc.

Pour clore l'année 1928, nous nous trouvons encore en face d'une attaque menée contre le curage digital par M. Voron et ses collaborateurs.

M. Voron, qui, dans une discussion antérieure, apportait certaines réserves aux conclusions de M. Couvelaire, est maintenant, et ce à la suite d'un cas malheureux, entièrement d'accord avec lui pour proscrire le curage.

Il ajoute qu'« une hémorragie discrète serait en faveur de la vacuité de la cavité utérine, alors que l'hémorragie abondante indiquerait une rétention ».

Il signale aussi quelques cas guéris médicalement.

Nous arrivons enfin en 1929, pour voir MM. de Vesian et René Solal prôner la transfusion à doses massives, même comme moyen prophylactique d'une autre hémorragie.

Puis MM. Ménaché et Modiano, plus tard MM. Estienny et Ribat, provoquent, à la Société de Toulouse, une discussion, au cours de laquelle M. Garipuy prétend qu'à l'heure actuelle, pour ce qui est des hémorragies secondaires du *post partum*, un traitement univoque est insoutenable et que tout dépend des circonstances.

M. Audebert est du même avis, mais il résume ainsi son impression personnelle :

1° Si l'on se trouve en présence d'une hémorragie pure sans infection, on peut faire un curage ou un curetage;

2° S'il y a hémorragie avec rétention et infection, deux cas peuvent se présenter :

a) l'infection est légère : on peut faire le curage;

b) l'infection est grave : on fait une hystérectomie.

Nous signalons, pour terminer cet aperçu historique, une observation de MM. Voron et Pigeaud, où la malade fut guérie par un traitement médical, et deux cas de MM. Péry et Barthélémy et de M. Favreau. Ce dernier, au cours de la discussion, avait proposé une classification des hémorragies secondaires d'après leur étiologie.

Nous voyons donc, en résumé, que les auteurs sont loin d'être d'accord sur la conduite à tenir. Nous nous efforcerons dans notre travail à rechercher à la fois s'il existe des éléments de pronostic, de diagnostic et de traitement.

CHAPITRE II

HEMORRAGIES SECONDAIRES LIEES A UNE RETENTION

OBSERVATION I (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 443, 1908.)

X..., 28 ans, IV-pare.

Deux grossesses normales; un avortement.

Quatrième grossesse actuelle : Accouchement fait en ville le 9 novembre. Travail long et pénible. Liquide amniotique abondant. Enfant mort.

Délivrance artificielle à minuit : Le placenta vient par morceaux.

Le lendemain vers 10 heures, vomissements de matières vertes : Morphine, glace, potion de Rivière. Les vomissements continuent jusqu'au samedi 14.

Le 15, à 5 heures du matin, hémorragie abondante, qui se renouvelle à 10 heures.

On amène la malade à la clinique. Température, 36 degrés. Abdomen douloureux, ballonné. Utérus gros, écoulement vulvaire fétide. Le soir, à 7 heures, curage digital, qui ramène des débris placentaires. Curettage à la curette de Lefour, écouvillonnage à la glycérine créosotée, injection intra-utérine, tamponnement utéro-vaginal.

Pouls filant, petit : On fait deux fois 200 centicubes de sérum caféine.

Les vomissements reprennent pendant la nuit. Tendance syncopale; pouls petit, rapide, agitation. Température 39 degrés. Abscès de fixation.

Le lendemain, pas de température le matin; le soir, 37°5. Tamponnement enlevé dans la soirée. Injection d'eau oxygénée
Mauvais état général persistant. Mort.

OBSERVATION II (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 226 bis, 1920.)

X..., 30 ans, I-pare.

Accouchement prématuré à 8 mois; forceps à la vulve. Délivrance normale.

Mauvaise rétraction utérine.

Hémorragie assez abondante un quart d'heure après la délivrance.

La température, qui était à 38 degrés avant l'accouchement, est redevenue normale.

Le troisième jour des suites de couches, légère élévation de température : Lymphangite mammaire, le lait contient du pus et c'est à cela qu'on attribue la poussée thermique.

Le treizième jour, la malade perd un peu de sang rouge. Injection chaude avec H₂O₂.

Le quatorzième jour, nouvelle perte de sang avec caillots. Injections chaudes répétées.

La paroi abdominale résistante ne permet pas d'apprécier la régression utérine.

Le quinzième jour, nouvelle perte de sang et de caillots.

La malade se plaint de vertiges et d'éblouissements.

Sous anesthésie légère au chloroforme, on pratique un curage après avoir dilaté un peu le col pour permettre l'introduction de deux doigts.

L'exploration montre un fragment de placenta, adhérent, fibreux. On arrive à le décoller.

On vérifie bien alors la vacuité de l'utérus.

Injection intra-utérine iodée, sérum caféine, huile camphrée.

La température est à 39°9. Dans l'après-midi, elle tombe à 38°6.

Le 16 au matin, 36°6.

Plus de pertes. Bonne régression; bon état général.

Sort guérie.

OBSERVATION III (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 121, 1921.)

X..., IV-pare, 30 ans.

Trois grossesses antérieures normales.

Quatrième grossesse actuelle : Accouchement normal le 26 février.

Délivrance naturelle, trente minutes après l'accouchement, membranes déchirées.

Tranchées violentes dans les trois jours qui suivirent. Lochies et involution normales.

Le huitième jour, la malade se plaint de douleurs abdominales continues. Le palper de l'utérus est douloureux.

Compressez chaudes sur le bas-ventre. Dans la nuit, pertes sanglantes de l'abondance des règles normales.

Le lendemain, les douleurs et les pertes continuent : Expulsion de débris cotylédonnaires du volume d'un œuf de pigeon.

Le 8 mars, la température est à 38°2. Les douleurs et les hémorragies persistant, on fait sous chloroforme un curage digital qui ramène des débris ovulaires, en grande quantité. Injection intra-utérine iodée, sérum.

Le 9 mars, rien à signaler. La malade va bien et sortira guérie.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 330, 1922.)

X..., I-pare, 22 ans.

Accouchement et délivrance normaux. Trois jours après : Utérus gros, dur, douloureux au niveau des cornes.

Pertes sanguines abondantes.

Curage digital et injection iodée qui ramènent des débris placentaires.

Guérison.

OBSERVATION V (Inédite.)

(Maternité de Pellegrin, n° 644, 1913.)

X..., Espagnole.

Accouchement prématuré à sept mois et demi fait en ville : enfant mort et macéré.

Dix-huit jours après l'accouchement, hémorragie importante. Entre à la Maternité, où on fait immédiatement un curage digital qui ramène des débris placentaires. Injection intra-utérine, toni-cardiaques, sérum. Dans les jours qui suivent, la température monte à 39°5, puis retombe vite à la normale.

Sort guérie quinze jours après son entrée dans le service.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Maternité, n° 120, 1917.)

X..., 26 ans, I-pare.

Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle une heure après l'accouchement.

Suites de couches normales jusqu'au huitième jour. A ce moment-là, légère élévation de température.

Le douzième jour, hémorragie abondante de sang très rouge, sans odeur. Température, 38 degrés, pouls 120.

On fait un curettage, le quinzième jour, qui ramène de nombreux débris placentaires non fétides.

Frissons après l'intervention. Température 39°9. Absès de fixation qui réagit bien.

La température descend dans les jours qui suivent.

La malade sort guérie un mois et demi après son accouchement.

OBSERVATION VII (Inédite).

(Maternité, n° 223, 1920.)

X..., 26 ans, V-pare.

Première grossesse : Accouchement prématuré à 8 mois; hémorragie de la délivrance.

Deuxième et troisième grossesses normales, à terme.

Quatrième grossesse : Accouchement prématuré de 8 mois

Cinquième grossesse actuelle : Accouchement prématuré à 8 mois.

Délivrance naturelle trente minutes après l'accouchement : placenta friable, cotylédons dissociés, mais paraissant complets.

Pendant les suites de couches, la malade saigne, particulièrement après les injections intra-utérines.

Le septième jour, on pratique un curage digital qui ramène des débris placentaires de la grosseur d'une noix.

La malade est partie guérie.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Maternité, n° 363, 1921.)

X..., 49 ans, I-pare.

Accouchement normal à terme.

Délivrance naturelle trente minutes après l'accouchement. Le placenta paraît complet.

Le sixième jour des suites de couches, la malade fait une poussée de température à 39°6. Elle présente de la lymphangite mammaire.

Le treizième jour, hémorragie assez abondante. Curage digital qui ramène un cotylédon. La température est à 40°8. Dakin. Abcès de fixation.

Sort guérie un mois et demi après son accouchement.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Maternité, n° 560, 1923.)

X..., 26 ans, IV-pare.

Trois accouchements normaux à terme. Suites de couches physiologiques.

Quatrième grossesse normale.

Délivrance artificielle pour adhérence partielle du placenta.

La malade a fait de la température pendant les suites de couches.

Lymphangite mammaire. Le douzième jour, envoyée à Canolle pour abcès du sein.

Le quinzième jour, hémorragie abondante.

La révision utérine ne ramène rien (?) Cependant, le lendemain, la malade expulse un grand lambeau de membranes. Infection puerpérale grave.

Malade emportée *in extremis* par sa famille et est décédée à son domicile.

OBSERVATION X (Inédite).

(Maternité, n° 651, 1923.)

X..., 34 ans, I-pare.

Grossesse gémellaire bivitelline. Accouchement prématuré à 7 mois. Expulsion spontanée des 2 fœtus. Une seule masse placentaire paraissant complète.

Jusqu'au septième jour, légère température : 37°8 maximum.

Du septième au quinzième jour, tout rentre dans l'ordre : Température 37 degrés; pouls, 64-68.

Le quinzième jour, hémorragie moyenne, aussitôt, curage digital qui ramène quelques débris placentaires.

Injection intra-utérine.

Température, 37°4, pouls, 96.

La malade est partie guérie vingt-quatre jours après son accouchement.

OBSERVATION XI.

(Maternité, 1924. — M.-P. BALARD : *Leçons cliniques du cours de perfectionnement des sages-femmes.*)

X..., 26 ans, I-pare.

Accouchement normal (rupture prématurée des membranes).

Délivrance naturelle trente minutes après l'accouchement. La malade a été, pour des raisons spéciales, accouchée par une maîtresse

sage-femme. Rien dans l'examen du délivre n'a attiré son attention.

Quelques heures après l'accouchement, l'utérus remonte à l'ombilic et est plein de caillots.

On pense à une hémorragie par inertie; expression pour vider l'utérus. Le lendemain soir, trente-six heures après l'accouchement, la malade accuse des contractions utérines douloureuses, pertes sanglantes assez abondantes; utérus gros, douloureux à la pression. La température, qui était à 37°8 la veille, est à 38°4.

Le troisième jour, sous chloroforme, exploration manuelle de l'utérus, qui permet de reconnaître l'existence de débris cotylédonaire décollés et ramenés par curage digital.

Écouvillonnage à l'essence de térébenthine. Injection intra-utérine iodée; tamponnement cervico-vaginal à l'hémostyl retiré le lendemain. A partir de ce jour, la température s'améliore rapidement; et, malgré un ou deux crochets à 38 degrés, elle s'abaisse à la normale, et, à partir du huitième jour, est au-dessous de 37 degrés.

Aussitôt après le curage, tout écoulement sanguin a cessé.

OBSERVATION XII (Inédite).

(Maternité, n° 912, 1926.)

X..., 22 ans, I-pare.

Accouchement normal à terme.

Délivrance complète trente minutes après l'accouchement.

Les suites de couches sont normales jusqu'au onzième jour.

La malade fait alors une poussée de température à 38°6; pouls à 120.

Hémorragie assez abondante. Utérus gros et douloureux.

La révision utérine ramène gros comme un œuf de débris.

L'examen histologique a montré du tissu utérin avec de gros lacs sanguins et, en surface, du plasmodium inclus et assez pénétrant par endroits.

Quelques caillots fibrineux plus ou moins organisés, des foyers leucocytiques et des débris paraissant être des villosités fibreuses.

Il ne semble pas que ce soit un chorio-épithélioma, mais la pièce est considérée comme suspecte.

Bon état, cependant, à la sortie.

OBSERVATION XIII (Inédite).

(Maternité, n° 60, 1928.)

X..., 18 ans, I-pare.

Accouchement normal à terme le 18 janvier.

Délivrance normale vingt-cinq minutes après l'accouchement paraissant complète.

Le douzième jour des suites de couches, la malade a une hémorragie (sang liquide et petits caillots noirâtres).

La revision utérine ramène un fragment placentaire de la grosseur d'une grosse amande.

Injection intra-utérine.

Phénomènes pulmonaires dans les jours qui suivent le curage.

La malade sort guérie un mois et demi après son accouchement.

OBSERVATION XIV.

(Maternité, n° 125, 1928. — M. PÉRY, discussion S. O. G.,
avril 1928.)

X..., 28 ans, I-pare.

Bassin généralement rétréci. Siège décomplété le 11 février. Œuf ouvert depuis le 8.

A l'entrée dans le service, col effacé, dilatation à 1 franc. Dilatation pénible. Reste longtemps à palmaire. Température au-dessous de 37 degrés.

Contracture utérine. Morphine.

Chloroforme : Abaissement du pied antérieur. Tête fléchie, retenue par la contracture. Forceps.

Enfant, difficilement ranimé, meurt le lendemain d'hémorragie méningée. Déchirure complète du périnée. Section nette du sphincter. Fistule recto-vaginale.

Délivrance naturelle tentée trente minutes après l'accouchement; menace de rupture de cordon.

On met la main dans le vagin. On ramène le placenta. Membranes déchirées. Le placenta semble complet.

Dans les suites de couches, température en clocher les quatrième, huitième, quatorzième jours.

Utérus non douloureux. Régression normale.

Le quatorzième jour, hémorragie de 120 centicubes de sang rouge.

Dans les jours qui suivent, trois autres hémorragies à peu près semblables.

Au toucher, le col est normal, à peine entr'ouvert, non déchiré.

L'examen aux valves montre également le col intact, un peu entr'ouvert. Le sang vient de l'utérus.

L'état général est bon.

L'examen du sang donné :

3.100.000 hématies;

65 p. 100 d'hémoglobine.

La formule est à polynucléose :

Polynucléaires, 89 p. 100;

Lymphocytes, 4 p. 100;

Mono, 3 p. 100;

Sosmophiles, 1,5 p. 100;

Matzellen, 1 p. 100.

Rien d'anormal. Globules rouges nucléés.

Le vingtième jour, hémorragie abondante. La malade perd une grande quantité de sang.

Tamponnement et traitement médical; l'hémorragie continue, moins abondante cependant.

On fait 500 centicubes de sérum. Le pouls est à 127.

La tension est :

16 heures : Mx, 10; Mn, 6; Io, 1/4;

18 heures : Mx, 11, Mn, 6, Io, 1;

21 heures : Mx, 12; Mn, 7; Io, 2.

Vers 23 heures l'hémorragie se renouvelle, plus abondante.

L'état général s'effondre rapidement. Pouls petit. Tension impossible.

Pâleur généralisée. Troubles visuels, bourdonnements d'oreilles (sons de cloches, dit la malade).

Ligature serrée des deux membres inférieurs, après les avoir vidés de leur sang en les soulevant.

Etat général très mauvais.

On fait une transfusion de sang; mais les veines sont petites; la dénudation est pénible.

Après 60 centicubes, phénomènes de shock : nausées, dyspnée, mydriase, frissons, etc.

On n'avait pas pu faire auparavant l'épreuve de la comptabilité des deux sangs.

L'hémorragie continue sans arrêt. Sérum, caféine, huile camphrée, etc.

La malade meurt à 8 heures du matin, après une longue agonie.

Autopsie. — Vagin, peu de caillots.

A l'entrée du col, une masse blanchâtre de la grosseur d'un œuf, ressemblant macroscopiquement à du placenta.

Dans l'utérus, débris placentaires adhérents à la plaie placentaire.

Examen anatomo-pathologique (Professeur Sabrazès). — Cette masse ovoïde est constituée par un fragment de placenta. Les villosités ont une tendance fibreuse et tendent à se rétracter.

Le plasmodium est vivace.

Le fragment de paroi utérine ne montre pas de signe de tumeur, ni chorio-épithéliome, ni autre.

OBSERVATION XV (Inédite.)

(Canolle, n° 236, 1907.)

X..., 22 ans, II-pare.

Une fausse couche antérieure.

Deuxième grossesse actuelle.

Accouchement normal.

Délivrance naturelle vingt-cinq minutes après l'accouchement.

Légère hémorragie après la délivrance arrêtée par l'ergotine.

Pendant six jours, suites de couches normales.

Le septième jour la température monte à 38 degrés. Pas de frisson; l'utérus n'est pas sensible. Lochies sans odeur, mais un peu épaisses.

Injectons vaginales fréquentes. On purge la malade.

Le neuvième jour la température est à 40°5.

Nouvelle purgation. La température descend à 38°5.

L'état général est bon.

Le onzième jour la température est à 37° 2. Le pouls est bon.

Brusquement, une grosse hémorragie. Aussitôt, curage digital, qui ramène des débris placentaires.

Injection intra-utérine; tamponnement. L'hémorragie est arrêtée.

Le soir, on fait un curettage suivi d'écouvillonnage.

La température oscille pendant dix jours et tombe finalement, le vingt et unième jour, sans qu'il y ait eu d'autres hémorragies.

Bon état à la sortie.

OBSERVATION XVI (Inédite.)

(Canolle, n° 73, 1911.)

X..., VI-pare.

Rien dans ses antécédents

Sixième grossesse actuelle.

Accouchement normal. Aussitôt après l'accouchement surviennent des hémorragies, qui nécessitent la délivrance artificielle le 12 avril.

Suites normales jusqu'au huitième jour. Se lève le 20 avril, reste étendue; rien de particulier.

Le 24, la malade vague à ses occupations, lorsqu'elle est prise par une hémorragie (de sang rouge et de petits caillots), qui aurait provoqué une syncope. Elle se couche; on lui donne une injection chaude, l'hémorragie s'arrête. La malade se sent faible

Le soir, nouvelle perte de sang, arrêtée par une injection chaude.

Nuit calme. La malade repose bien.

Le 25, en s'asseyant dans son lit, elle perd de nouveau du sang. Depuis ce moment, elle perd peu, mais de façon continue

On l'amène à Canolle.

L'utérus est gros, douloureux. La malade recommence à perdre abondamment. Les lochies sont fétides.

On fait un curage digital qui ramène des caillots et des fragments de placenta.

Un curettage, pratiqué ensuite, ramène d'autres débris.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée et à l'iode.

Caféine, sérum, etc.

Pendant vingt-deux jours, la malade fait de la température. Inflammation pelvienne.

Sort guérie.

OBSERVATION XVII (Inédite.)

(Canolle, n° 79, 1911.)

X..., primipare, 20 ans.

Accouchement normal le 8 mai, un quart d'heure après délivrance artificielle, placenta incomplet.

Perte de sang et caillots pendant deux jours.

Le 10 mai, nouvelle tentative par la sage-femme : On ramène encore des débris et des caillots; l'hémorragie persistant, on envoie la femme à Canolle. A son arrivée, température 37 degrés. Injection chaude.

La malade perd un peu pendant la nuit.

Le lendemain, température 37 degrés. Une injection formolée ramène de nombreux caillots. Utérus gros et dur, douloureux. Col perméable. Curage digital qui enlève le reste des caillots et des débris.

Ecouvillonnage à la glycérine créosotée et à l'iode.

Tamponnement.

La malade est sortie guérie.

OBSERVATION XVIII (Inédite.)

(Canolle, n° 565, 1921.)

X..., I-pare, 24 ans.

Accouchement et délivrance normaux. Suites de couches normales jusqu'au onzième jour, date à laquelle la malade quitte le service.

Le douzième jour, elle a une hémorragie abondante. Injections chaudes.

Ramenée à Canolle, on lui fait un curage digital qui ramène des débris placentaires.

Sort guérie.

OBSERVATION XIX (Inédite.)

(Canolle, n° 519, 1926.)

X..., 29 ans, II-pare.

Accouchement prématuré à huit mois et demi fait en ville le premier. Enfant mort.

Délivrance normale.

La malade a eu chez elle cinq hémorragies, dont la première a débuté le cinquième jour. A son entrée, le 9 décembre, on lui fait un curage digital qui ramène un cotylédon très fétide.

Sérum intraveineux, sous-cutané, huile camphrée. Le deuxième jour après le curage, la température est à 39 degrés. On fait aussitôt une hémoculture, qui est positive, au staphylocoque.

Pansement intra-utérin à l'antivirus renouvelé toutes les vingt-quatre heures pendant quatre jours. Absès de fixation. Septicémie.

Le septième jour : Electrargol.

Le dixième jour : Nouvel absès de fixation qui réagit bien.

Du douzième au dix-huitième jour, la température baisse un peu.

Le dix-huitième jour, parotidite.

Frissons fréquents.

Nouvelle hémoculture sur milieu de Veillon positive au streptocoque hémolytique.

Mort le 12 janvier.

OBSERVATION XX (Inédite.)

(Canolle, n° 486, 1927.)

X..., 20 ans, I-pare.

Accouchement et délivrance normaux.

Vingt jours après son accouchement, la malade perd brusquement du sang et un gros caillot.

Le curage digital ramène un fragment placentaire.

Sort guérie.

OBSERVATION XXI (Inédite).

(Canolle, n° 85, 1928.)

X..., IV-pare.

Rien dans ses antécédents.

Accouchement et délivrance normaux faits en ville le 20 février. Entre le 7 mars.

Elle a perdu le 4 mars un peu de sang et des caillots. Dans la nuit, léger suintement.

Le 5 mars, hémorragie et caillots à 3 h. 1/2. A 5 heures, nouvelle hémorragie plus abondante. Injections chaudes.

La malade continue à perdre. A son entrée dans le service, on fait un curage digital qui ramène des débris placentaires. Injection intra-utérine.

L'hémorragie est arrêtée.

Sort guérie le 16 avril.

OBSERVATION XXII (Inédite).

(Canolle, n° 238, 1928.)

X..., 25 ans.

Accouchement et délivrance normaux le 11 juin.

Suites normales jusqu'au 28 juin. Ce jour-là, entre 20 et 22 heures, la malade fait une hémorragie.

On fait le curage digital et on ramène des débris placentaires. Injection intra-utérine.

Sort guérie le 7 juillet.

OBSERVATION XXIII (Inédite).

(Canolle, n° 431, 1928.)

X..., I-pare, 20 ans.

Accouchement et délivrance normaux le 24 octobre. Se lève le 31.

Elle a une hémorragie assez forte. Entre à Canolle le 3 novembre. Juste avant son entrée, la malade avait eu une nouvelle hémorragie très abondante.

On lui fait aussitôt un curage digital, qui ramène un fragment placentaire.

La température est restée normale, sauf une poussée à 38°5 après le curage.

Sort guérie le 15 novembre.

OBSERVATION XXIV (inédite).

(Canolle, n° 354, 1929.)

Due à l'obligeance de M. le Docteur BOURSIER.)

X..., 22 ans.

Un avortement de quatre mois en 1927.

Un avortement de deux mois en 1928.

Troisième grossesse actuelle : Forceps au détroit supérieur pour longueur du travail. Bordet-Wassermann positif chez le père et la mère.

Suites de couches normales jusqu'au cinquième jour.

Le sixième jour, on note une élévation thermique à 39 degrés. On l'envoie à Canolle. Une endométrite se déclare : Utérus gros, douloureux; pertes noirâtres fétides.

La malade venant de la clinique obstétricale, on ne fait pas de revision utérine à son entrée à Canolle.

Abcès de fixation. Sulfarsénol. La température est à 40 degrés et s'y maintient.

Le huitième jour, à seize heures, la malade fait une grosse hémorragie. Shock brutal.

On fait immédiatement une exploration intra-utérine et on ramène des débris cotylédonnaires (plein le creux de la main). Curage, injection intra-utérine iodée, sérum intraveineux et sous-cutané, huile camphrée, spartéine, etc.

Le 9, la malade est toujours pâle. Son état général est grave.

Le pouls est à 120-140.

Hémoglobine ; 40 p. 100.

Hémoculture en milieux aérobie et anaérobie est négative.

Abcès de fixation réchauffé. Septicémie.

On songe¹ à la transfusion, mais le mari seul donneur est atteint d'ulcus gastrique. On attend, du reste, d'avoir le résultat de l'hémoculture.

Mais l'état général s'aggravé, elle meurt le 25 août.

OBSERVATION XXV.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur FAVREAU, publiée dans
B. S. O. G., n° 7, 1929.)

X..., 27 ans, II-pare.

Première grossesse 1923 : Interrompue à 2 mois sans complications.

Deuxième grossesse actuelle. Léger hydramnios chronique.

Accouchement prématuré à sept mois et demi, le 17 novembre 1926.

Rupture prématurée des membranes.

Accouchement sans incident d'une fille de 1 kg. 200 et d'un garçon de 2 kg. 300. — Délivrance par expression. Donne issue à une masse placentaire unique, partiellement découronnée.

A l'examen de cette partie du placenta, on voit que les membranes se sont déchirées si près du placenta qu'il eût été impossible de voir la naissance des vaisseaux se rendant à un cotylédone adhérent.

Aucune complication de la délivrance.

Température axillaire, 38°2.

Dans les suites de couches immédiates, la température se maintint à 38 degrés les deuxième, troisième et quatrième jours, pour redevenir ensuite normale. (On avait fait 18 centigrammes de sulfarsénol les premier, deuxième, quatrième, sixième jours.)

Les quinzième, dix-septième, dix-neuvième et vingt et unième jours, des hémorragies apparaissent et se font de plus en plus abondantes.

A partir de la deuxième hémorragie, la température a oscillé entre 37 et 37°4.

Au toucher, on trouve le col entr'ouvert. On trouve un cotylédon très adhérent à la partie postérieure de la cavité utérine.

Intervention immédiate, sous anesthésie générale.

Dilatation, aux bougies d'Hégar, facile. Le cotylédon est détaché avec difficulté à la grande curette.

Pansements intra-utérins aux bouillons vaccins (mèches intra-utérines, pendant six jours de suite).

La malade est pâle. Le pouls à 140, filant, dépressible.

On fait une transfusion de 500 grammes de sang du mari.

L'état de la malade est très amélioré.

Glace sur le ventre, sulfarsénol pendant trois jours de suite, puis à jour passé (18 centigrammes).

Dans la suite, aucune douleur, ni au niveau des cornes, ni au niveau des bords.

Aucune réaction péritonéale. La température oscille autour de 39 degrés pendant onze jours, avec une poussée à 40 degrés les sixième et septième jours. Abscess de fixation, le cinquième jour, qui prend bien. Le quatorzième jour, phlébite droite; le dix-huitième jour, phlébite gauche.

La malade est sortie guérie soixante jours après l'intervention.

L'examen de l'utérus et de ses annexes ne montre rien d'anormal.

OBSERVATION XXVI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur ANDÉRODIAS.)

X..., 24 ans.

Plusieurs applications de forceps au détroit supérieur pour longueur exagérée du travail. Le fœtus n'a pu être ranimé.

La délivrance a été faite quelques instants après l'accouchement par le médecin.

Dans les jours qui suivent, la température monte à 38, 39 degrés et plus vers le dixième jour, date à laquelle le Professeur Andérodias est appelé. A ce moment-là, la femme présente un assez bon état général, mais avec un état d'infection assez marqué.

Température 39 degrés, pouls à 120.

Quelques frissons, utérus assez gros. Pertes fétides. Sur les grandes lèvres, les parois vaginales, le col, des fausses membranes grisâtres indiquent une infection locale intense.

Diagnostic : Infection du tractus génital avec septicémie.

La malade ne pouvant être soignée chez elle est transportée à la maison de santé.

Sulfarsénol (12 centigrammes) et pansements vagino-vulvaires aux bouillons vaccins. Après quarante-huit heures, les lésions locales sont améliorées, mais l'infection générale ne diminue pas.

Il y a des oscillations thermiques, entre 38 degrés le matin et 40 degrés le soir : électargol, septicémine, abcès de fixation.

Le quinzième jour, la malade perd un peu de sang : injection vaginale chaude.

Le lendemain, grosse hémorragie. On pratique le toucher : Le col est perméable, alors que quelques jours auparavant il ne l'était pas.

L'indéx, dans l'utérus, trouve un fragment placentaire, du volume d'une amande, non complètement détaché. On l'enlève. Injection très chaude, seccacornine, sérum artificiel.

L'hémorragie fut arrêtée. Pendant une dizaine de jours, la température continua à être très élevée, avec frissons, puis elle diminua. La malade est partie guérie après un séjour de plus d'un mois.

Discussion des observations d'hémorragies par rétention.

Un premier paragraphe sera constitué par l'étude analytique de nos observations.

Dans le second, nous essaierons de les classer par ordre de gravité.

1° Etude analytique :

D'après nos observations, nous avons constaté des hémorragies secondaires par rétention :

13 fois chez des primipares : Obs. II, VI, VIII, X, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XVII, XVIII, XX, XXII;

3 fois chez des secondipares : Obs. XV, XIX, XXV;

4 fois des quatrièmipares : Obs. I, III, IX, XXI.

(Les autres diverses.)

Sans préjuger du rôle de la parité, notons toutefois que ces hémorragies surviennent plus souvent chez des primipares.

L'âge des malades, leurs antécédents, les circonstances de l'accouchement ne semblent jouer aucun rôle. La délivrance est le plus souvent normale ou naturelle. Nous avons cependant noté 4 cas de délivrance artificielle, ce qui représente évidemment un pourcentage assez élevé : Obs. I, IX, XVI, XVII.

Il y eut également 3 cas d'hémorragies après la délivrance : Obs. II, XI, XV.

Soulignons spécialement que, dans la plupart des cas, le placenta était complet ou paraissait complet; cela n'empêcha pas qu'il y eût rétention et semblerait prouver que l'examen du délivre doit être fait très minutieusement et n'a pas toujours une valeur absolue.

Seule l'observation XVI indique que le placenta était incomplet.

Deux fois les membranes étaient déchirées : Obs. III, XIII.

L'ÉTUDE CLINIQUE. — L'étude clinique de ces hémorragies nous arrêtera plus longuement.

Signes généraux : Avant l'hémorragie, le plus important des signes généraux est la fièvre. Elle a été notée 12 fois : Obs. II, VI, VIII, IX, X, XI, XII, XIV, XV, XXIV, XXV, XXVI.

Les malades des autres observations avaient eu, au contraire, jusqu'à l'hémorragie, des suites apyrétiques.

Donc, dans 50 p. 100 des cas environ, les suites avaient été normales. Ajoutons que la fièvre a été attribuée à la lymphangite mammaire (Obs. II et VIII), et à un abcès du sein (Obs. IX).

La fièvre est variable dans son intensité : 37°5 à 39°6, dans nos observations. Le pouls suit en général, l'ascension thermique.

Signes locaux : L'utérus était gros et douloureux dans 8 cas : Obs. I, II, III, IV, XI, XVI, XXIV, XXVI.

Les lochies ont été trouvées épaisses dans l'observation XV et fétides dans les cas : I, XVI, XXIV et XXVI. Dans ce dernier cas, d'ailleurs, les voies génitales étaient couvertes de fausses membranes grisâtres.

Dans les observations VII et XVII, on eut un saignottement continu pendant quelques jours.

Les malades des observations III et X ont eu, dans leurs suites de couches, de violentes tranchées.

En somme, on n'a trouvé de signes locaux que dans 11 cas seulement.

Lorsqu'on a noté les examens gynécologiques, on a trouvé le col perméable et entr'ouvert : Obs. XIII, XVI, XXIV.

L'hémorragie. — Sa date d'apparition est variable. Dans nos observations, la plus précoce est apparue trente-six heures après l'accouchement et la plus tardive ne s'est montrée qu'au vingtième jour.

Voici les dates de son apparition après l'accouchement :

36 heures : Obs. XI.

3^e jour : Obs. IV.

6^e " I.

7^e " XXIII.

8^e " III, XXIV.

11^e " XII, XV.

12^e " VI, XIII, XVI, XVIII.

13^e " II, VIII.

14^e " XIV, XXI.

15^e " IX, X, XXV, XXVI.

17^e " XXII.

18^e " V.

20^e " XX.

Ces hémorragies apparaissent donc pour la plupart entre le huitième et le quinzième jour, avec prédominance les douzième et quinzième jours.

Ses caractères. — Elle a été abondante d'emblée 9 fois : Obs. I, IV, V, VI, IX, XV, XVI, XVIII, XXIV.

De moyenne abondance dans les autres cas, sauf dans les observations II et XXVI où elle fut légère.

L'hémorragie s'est répétée dans les heures ou dans les jours qui ont suivi son apparition dans 10 cas : Obs. I, II, III, XIV, XVI, XIX, XXI, XXIII, XXV, XXVI.

Sauf dans l'observation XIX où on ne l'a point noté, elle s'est toujours répétée plus abondante.

Cette hémorragie consiste, le plus souvent, en sang liquide et caillots.

Il y eut élévation thermique et accélération du pouls coïncidant avec l'apparition de l'hémorragie dans 4 cas : Obs. VI, XI, XII, XIV.

On n'a jamais noté de frissons à ce moment-là.

Une seule fois : Obs. XXIV, l'hémorragie fut brutale d'emblée, menaçant la vie de la malade.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

a) Macroscopiquement, nous avons relevé 2 cas où le fragment placentaire était adhérent : Obs. II, XXV.

Dans tous les autres cas, l'opération ramena des débris de toutes grandeurs : petits débris, fragments placentaires, cotylédons, libres ou presque complètement décollés ou au contraire plus adhérents.

b) Microscopiquement, l'examen fut pratiqué deux fois : Obs. XII et XIV.

Notons ici la tendance toujours fibreuse des villosités et renvoyons aux observations pour les détails.

BACTÉRIOLOGIE.

L'hémoculture a été pratiquée 2 fois : Obs. XIX et XXIV.

Dans le premier cas, elle fut positive au staphylocoque, puis au streptocoque hémolytique. Dans le deuxième cas, elle fut négative.

Ajoutons qu'il ne fut jamais pratiqué d'ensemencement après prélèvement sur la muqueuse utérine.

Tous ces examens n'ont donc pas été pratiqués assez souvent pour qu'on puisse interpréter leurs résultats.

Nous nous sommes contenté de les signaler, sans les commenter.

TRAITEMENTS. — RÉSULTATS.

Sur 26 cas d'hémorragies par rétention, nous relevons :

21 guérisons;

5 morts.

Tous nos cas ont été traités par le curage, le curettage ou le tamponnement.

Aucune hystérectomie n'a été pratiquée.

Nous allons étudier successivement les cas de guérison et les cas de mort.

CAS DE GUÉRISON. — 1° Il y eut des signes infectieux avant l'hémorragie chez 11 malades : Obs. II, III, IV, VI, VIII, X, XI, XII, XV, XXV, XXVI.

On ne signalait rien de particulier dans 9 autres cas.

2° L'hémorragie fut abondante d'emblée dans les cas IV, V, VI, XV, XVI, XVIII.

Répétée : Obs. II, III, XV, XVI, XXI, XXIII, XXV.

3° Traitement :

a) Le curage simple a été pratiqué 15 fois : Obs. II, III, IV, V, VII, VIII, X, XII, XIII, XVIII, XX, XXI, XXII, XXIII, XXVI.

b) Curage suivi de tamponnement : Obs. XI, XVII.

c) Curettage avec écouvillonnage : Obs. VI, XV, XVI, XXV.

Dans ces derniers temps, les auteurs ont souvent reproché au curage ou au curettage d'être dangereux lorsqu'ils sont pratiqués tardivement dans les suites de couches. Il est donc intéressant de savoir à quel moment on les a pratiqués dans nos observations :

3° Obs. XI, IV, XVII.

7° VII.

10° III, XXIII.

11° XII, XV.

12°	Obs.	XIII, XVIII.
13°		VIII, XVI, XXI.
15°		II, VI, X.
17°		XXII.
18°		V.
20°		XX.
21°		XXV.

Suites opératoires. — a) Dans la grande majorité des cas, le curage a déterminé une réaction thermique variant entre 37°5 et 40 degrés (40°8 dans l'Obs. VIII). L'accélération du pouls est fréquente.

Cette température persiste un temps plus ou moins long. Parfois elle tombe dès le lendemain (Obs. II, par exemple); d'autres fois, elle reste élevée pendant quelques jours (Obs. XXVI, 10 jours).

Après le curage, on a noté des frissons dans l'observation XXVI.

b) Le curettage a toujours déterminé une température élevée, qui persista vingt-deux jours dans l'observation XVI.

Il y eut des frissons dans l'observation VI.

Dans l'observation XXV, les suites opératoires furent compliquées d'une phlébite double.

CAS DE MORT. — Il y eut des signes locaux ou généraux avant l'hémorragie dans tous les cas, sauf l'observation XIX, où on n'avait rien noté de particulier.

L'hémorragie fut abondante dans : Obs. I, IX, XXIV et se répéta dans Obs. XIV, XIX, XXIV.

Le curage simple fut pratiqué 2 fois au neuvième jour : Obs. XIX et XXIV.

Le curettage avec tamponnement au sixième jour : Obs. I.

Le tamponnement seul : Obs. XIV, au vingtième jour.

Dans l'observation IX, on pratiqua une revision utérine qui fut négative et, cependant, le lendemain, la malade expulsa un grand lambeau de membranes.

Suites opératoires. — Après le curage la température est montée à 39 degrés et s'y est maintenue jusqu'à la mort (Obs. XIX et XXIV) survenue un mois après dans le premier cas et quinze jours après dans le second.

Dans l'observation I, au contraire, la température qui s'était élevée à 39 degrés aussitôt après le curettage, était tombée à 37°5 le lendemain.

Dans l'observation XIV la malade est morte 3 jours après le tamponnement.

2° Formes d'après la gravité

Dans le paragraphe précédent, nous avons, en somme, classé nos observations d'après les résultats obtenus par le traitement.

Il est beaucoup plus difficile de les classer d'après leurs caractères de gravité et d'assigner des limites précises à chaque catégorie.

On ne peut se fonder, en effet, uniquement, soit sur les symptômes généraux avant l'hémorragie, soit sur les caractères de celle-ci, soit, enfin, sur la seule évolution.

Quelquefois, on peut trouver ces symptômes associés (Obs. XXIV par exemple); d'autres fois, ils sont isolés (Obs. XIV).

En gros, on peut cependant délimiter deux catégories :

Il y a des formes légères;

Il y a des formes graves.

Encore convient-il de n'être pas trop rigoureux, car, dans chacun d'elles, on peut trouver des formes qui diffèrent assez sensiblement.

Sur les 26 cas d'hémorragies par rétention que nous rapportons ici, nous avons noté 10 cas légers et 16 cas graves : soit un pourcentage de 40 p. 100 pour les formes légères et 60 p. 100 pour les formes graves, nos 5 cas de mort étant naturellement compris dans cette dernière catégorie.

Ajoutons que tous nos cas d'hémorragies par rétention ont nécessité un traitement actif, même les formes légères.

CHAPITRE III

HEMORRAGIES SECONDAIRES SANS RETENTION

OBSERVATION XXVII.

(Clinique d'accouchements, n° 41 bis, 1920. — P. BALARD,
B. S. O. G., mars 1920.)

X..., 26 ans, I-pare.

Le 23 janvier, accouchement normal. Délivrance également normale.

Dans les suites de couches on note une température de 37°2 le deuxième jour, 37°4 le quatrième jour, 37°9 le sixième jour.

Le 30 janvier, à 3 heures du matin, première hémorragie peu abondante et facilement arrêtée par une injection vaginale chaude. Ergotine.

Quoique ayant perdu peu de sang, la malade paraît shockée. On lui fait 10 centicubes d'huile camphrée.

Trois heures après, nouvelle hémorragie plus abondante et qui persiste, survenant sans inertie utérine.

Femme très shockée : pouls filant, facies décoloré. Tension : Mx, 9,5; Mn, 6; Io, 1,5.

On introduit la main dans l'utérus qu'on débarrasse de ses caillots.

Pas de placenta ni de membranes. Mais, au fond de l'utérus, une surface bourgeonnante de consistance fibreuse. Injection intra-utérine d'eau iodée. Tamponnement utéro-vaginal très serré. Dans les deux heures qui suivent, on a fait à la malade 850 centicubes de sérum physiologique.

Huile camphrée, spartéine, caféine, boissons alcoolisées chaudes, etc.

Le tamponnement est retiré vingt-six heures après. Il n'y a plus rien.

Tension : Mx, 11,5; Mn, 7,5; Io, 2,5.

Suites normales.

La température n'a jamais dépassé 37°8.

Sort en bon état dix-huit jours après son accouchement.

OBSERVATION XXVIII (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 414, 1920.)

X..., 23 ans, II-pare.

Première grossesse normale.

Deuxième grossesse actuelle.

Accouchement et délivrance normaux.

Huit jours après son accouchement, la malade perd du sang et des caillots en assez grande quantité.

Cette hémorragie est arrêtée par une injection chaude, mais reprend quelques heures après.

On extrait alors de l'utérus, avec la main, quelques gros caillots. Pas de placenta.

Injection iodée chaude. Plus rien; régression normale. Jamais de température.

Sort guérie.

OBSERVATION XXIX.

(Clinique d'accouchements, 1921. — MM. PÉRY et BALARD,
B. S. O. G., 1921.)

X..., 38 ans, I-pare.

Siège. Accouchement spontané. Tête dernière assez difficile, car le périnée résiste. Délivrance normale et complète.

Enfant mort le troisième jour d'hémorragie méningée.

Pendant les six premiers jours des suites de couches, la température oscille entre 37 degrés et 38 degrés.

Cela semble dû aux lésions périnéales.

Le septième jour, sans hémorragie externe, l'utérus est gros.

On enlève de nombreux caillots par le curage digital.

Injection intra-utérine. Sérum huile camphrée, caféine (car la femme est un peu pâle).

Le soir, la température est à 39 degrés, le pouls à 120.

Le huitième jour, dans la nuit, la malade est prise d'une hémorragie. Craignant une rétention de cotylédons ou de membranes, on fait un curettage qui ramène des caillots et des fragments gélatineux, ressemblant à du cordon, mais de consistance plus diffuente. Tamponnement.

On envoie ces fragments à l'examen du Professeur Sabrazès. Les jours suivants, traitement général énergique.

Température, 37°5; pouls, 120.

Le douzième jour, la température monte à 39 degrés et s'y maintient les jours suivants.

On envoie la malade à Canolle. Elle fait une nouvelle hémorragie : Electrargol sérum, tonicardiaques, hémostyl.

Le seizième jour, nouvelle hémorragie peu abondante. Nombreux caillots dans l'utérus; et en plus d'autres masses gélatineuses.

Le sang est pâle, d'aspect laqué. L'état général est déplorable. Pensant à une dégénérescence maligne de la muqueuse, bien que ce soit un peu tôt, on pense à l'hystérectomie. Mais la malade est en trop mauvais état.

Pour remonter la malade, on décide une transfusion. Par suite de diverses circonstances, on ne peut injecter que 100 grammes de sang citraté dans les veines. On en fait 150 sous-cutané, sous le contrôle de l'oscillomètre.

Le 22 octobre : Avant la transfusion, Mx, 8; Mn, 44; Io, 1/3.

Pendant la transfusion : Mx, 8,5; Mn, 4,5; Io, 3/4;

Dix minutes après : Mx, 8; Mn, 4,5; Io, 1;

Une heure après : Mx, 8,5; Mn, 5; Io, 1;

Le 24 octobre : Mx, 9; Mn, 5,5; Io, 1;

Le 25 octobre : Mx, 9,5; Mn, 6; Io, 1,5.

Depuis on n'a pas eu d'autre hémorragie. Pendant quatre jours, la température reste à 38 degrés puis redevient normale. Le pouls

diminue de fréquence. Devant le bon état de la malade on discute l'hystérectomie, mais l'examen du Professeur Sabrazès indique que les amas gélatineux ne sont que de la fibrine.

On traite médicalement l'état général. Pas de température. Pas d'autre hémorragie.

Quitte le 9 janvier.

OBSERVATION XXX (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 169, 1921).

X..., 21 ans, I-pare.

Accouchement et délivrance normaux. Suites bonnes jusqu'au huitième jour.

Ce jour-là, après une injection vaginale, la malade se plaint d'être mouillée. On s'aperçoit qu'en effet elle a perdu du sang.

Une injection chaude ramène des caillots.

La malade se plaint alors de coliques. Sa température est à 37°5, son pouls à 120.

Injection intra-utérine avec la liqueur de Labarraque au 20/1.000es; on ramène des caillots et très vite, l'injection ressort claire.

Le lendemain, il n'y a plus rien. La température et le pouls redeviennent vite normaux.

La malade est sortie guérie.

OBSERVATION XXXI (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 350, 1921.)

X..., 17 ans, I-pare.

Accouchement et délivrance normaux le 9 juillet.

Trois petites hémorragies après la délivrance : XX gouttes de seccacornine.

Le lendemain, persistance des pertes sanglantes : XV gouttes de seccacornine, 2 fois par jour.

Le troisième jour la malade perd des caillots et du sang en abondance.

A l'examen, on trouve la vessie distendue et bombant dans le cul-de-sac antérieur. Cependant, la malade urine bien.

On la sonde et on ramène deux litres d'urine.

L'hémorragie s'arrête et ne se reproduit plus.

OBSERVATION XXXII (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 416, 1922.)

X..., 19 ans, I-pare.

Bordet-Wassermann positif.

Accouchement et délivrance normaux le 26 juillet.

Au quatrième jour des suites de couches, la malade présente un peu de température: On lui met 3 ovules au thigénol, la fièvre tombe.

L'involution utérine aurait été normale.

Le soir, à la contre-visite, on s'aperçoit que la malade perd du sang très rouge en quantité anormale. Elle perd aussi quelques caillots.

Une demi-heure après la malade a une hémorragie très abondante.

On décide de faire un curage digital.

Nombreux caillots dans le vagin. Col entr'ouvert.

On pénètre facilement dans la cavité utérine qui est vide; mais la muqueuse du fond utérin est irrégulière, hérissée de saillies inégales, comme papillomateuses et de consistance fibreuse.

Injection intra-utérine d'eau oxygénée dédoublée; XX gouttes de seccacornine.

L'hémorragie s'arrête.

La malade est pâle, shockée. On lui fait 300 centicubes de sérum. Pouls rapide.

Le 2 août une nouvelle réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive.

Rien à noter par la suite.

La malade est sortie guérie.

OBSERVATION XXXIII (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 217, 1923.)

X..., 20 ans, I-pare.

Accouchement normal le 7 avril. Hémorragie de la délivrance. Révision utérine aussitôt; on ramène des débris. Injection iodée, sérum.

Le 19 avril, douze jours après l'accouchement, hémorragie secondaire assez abondante : sang et caillots.

Pas de température; bon état général; injections chaudes.

Guérison.

OBSERVATION XXXIV (Inédite).

(Clinique d'accouchements, n° 346, 1924.)

X..., 25 ans, II-pare.

Les deux accouchements ont été normaux. Mais les deux fois on a dû pratiquer la délivrance artificielle pour hémorragies après les accouchements.

Dans ses dernières suites de couches, la température est à 37°5 avec une poussée à 38°4 le cinquième jour.

Ce jour-là, la malade perd du sang; glace, injections chaudes, sulfarsénol.

Deux jours après les pertes de sang sont arrêtées.

La malade est sortie guérie.

OBSERVATION XXXV (Inédite).

(Maternité, n° 324, 1902.)

X..., 22 ans, I-pare.

Accouchement normal à terme.

Liquide amniotique abondant.

Délivrance naturelle quinze minutes après l'accouchement.

Suites de couches apyrétiques. Subinvolution utérine. Plusieurs petites hémorragies dans les suites de couches, quelques jours après l'accouchement.

Ecouvillonnage sans curettage. Injection à l'eau oxygénée.

Guérison.

OBSERVATION XXXVI (Inédite).

(Maternité, n° 115, 1905.)

X..., 39 ans, II-pare.

Première grossesse normale.

Deuxième grossesse actuelle.

Accouchement normal.

Délivrance naturelle vingt minutes après l'accouchement.

Température au-dessous de 37 degrés; pouls, 80.

Les septième, huitième et dixième jours des suites de couches, hémorragies à répétition, avec élévation de la température à 38 degrés et pouls à 100.

Injectons chaudes à l'eau oxygénée.

Le onzième jour, tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION XXXVII (Inédite).

(Maternité, n° 131, 1906.)

X..., 21 ans, I-pare.

Aurait fait, à 19 ans, une paralysie généralisée qui aurait duré trois mois (?). Accouchement à terme. Forceps au détroit supérieur. Enfant vivant, le 23 février.

Liquide amniotique purulent.

Après l'accouchement, la malade est en mauvais état; sérum, éther, etc., pour la remonter.

Aussitôt après la délivrance, injection d'eau oxygénée.

Le 27 février, à 3 heures du matin, grosse hémorragie avec expulsion de caillots.

Température, 38°5; pouls à 140.

Tamponnement à l'eau oxygénée; sérum, ergotine, etc.

Dans les jours qui suivent, la température oscille entre 38°5 et 40 degrés, et le pouls entre 120-140.

Décès le 3 mars.

OBSERVATION XXXVIII (Inédite).

(Maternité, n° 540, 1917.)

X..., 34 ans, II-pare.

Première grossesse : accouchement normal à terme. Petite hémorragie de la délivrance (petite hémorragie également au moment du retour de couches).

Deuxième grossesse : accouchement normal fait en ville le 6 août.

Les suites sont normales. Mais le huitième jour après son accouchement, la malade se lève.

Le 20 août, elle a une hémorragie. La sage-femme lui donne une injection vaginale chaude; repos au lit, l'hémorragie s'arrête.

Elle reprend le 25 août. La malade entre dans le service.

On fait une révision utérine et on ramène une certaine quantité de sang liquide et des caillots. Pas de débris placentaires.

Injection intra-utérine iodée. Injection hypodermique d'adrénaline. La température est à 38°4 maximum. Le pouls à 124.

Dans les jours qui suivent, la température baisse. Pas de nouvelle hémorragie.

La malade part guérie le 13 septembre.

OBSERVATION XXXIX (Inédite).

(Maternité, n° 922, 1926.)

X..., 30 ans, IV-pare.

Première grossesse normale.

Deuxième, avortement de trois mois.

Troisième grossesse normale.

Quatrième grossesse actuelle.

Accouchement et délivrance normaux. Les cinq premiers jours des suites de couches sont normaux.

Le sixième jour, hémorragie de sang liquide et de caillots.

Injection hypodermique de gynergène, 1 centicube.

Les jours suivants, la malade continuant à perdre du sang, on lui fait prendre XV gouttes de gynergène deux fois par jour.

Les pertes diminuent très notablement. Il ne reste plus qu'un léger suintement. L'utérus régresse bien.

La température n'a jamais dépassé 37°5.

La malade sort guérie le quatorzième jour après son accouchement.

OBSERVATION XL.

(Maternité, n° 615, 1927. — MM. ANDÉRODIAS, BALARD, MAHON,
B. O. S. G. 1928, p. 238.)

X..., 30 ans, II-pare.

Une sœur morte à 26 ans d'infection puerpérale.

Première grossesse normale.

Deuxième grossesse actuelle : accouchement et délivrance normaux le 9 juillet.

Le douzième jour de suites de couches, absolument apyrétiques et normales, la malade fait une hémorragie grave qui ne peut être arrêtée que par un tamponnement utérin très serré. 1 centicube de seccacornine.

Etat d'anémie aiguë très marqué. Sérum intraveineux, sous-cutané, toni-cardiaque.

Tension : Mx, 10; Mn, 6; Io, 4.

On fait une transfusion de 300 centicubes de sang citraté, bien supportée : Mx, 10; Mn, 7; Io, 4.

L'examen de sang prélevé avant la transfusion a donné :

Hémoglobine, 50 p. 100;

Globules rouges, 1.800.000;

Globules blancs, 2.480;

Polynucléaires, 78 p. 100;

Lympho, 13 p. 100;

Mono, 9 p. 100;

Hémoculture négative.

Le lendemain, à l'ablation du tamponnement, l'hémorragie se reproduit.

Hystérectomie vaginale immédiate. Ouabaine intraveineuse, sérum. Tonicardiaques.

Examen anatomo-pathologique (Prof. Sabrazès). — On trouve un état inflammatoire des résidus de la muqueuse chorion avec infiltration de polynucléaires en plasmolyse dans un exsudat purulent.

Cette polynucléose se continue jusque dans les sinus utérins et au niveau du col.

Dans certains de ces sinus, on trouve de la coagulation sanguine avec début d'organisation des caillots.

Pas de thrombose artérielle. Pas de plasmodium, pas de villosités choriales. L'inflammation a tellement remanié cet utérus qu'on ne trouve que çà et là quelques cellules de caduques. C'est un véritable bouleversement histologique.

Recherche des microbes : Gram, Thionine. Le petit nombre de microbes fait un contraste frappant avec la réaction inflammatoire intense.

La malade est décédée le 26 juillet.

OBSERVATION XLI.

(Maternité, n° 205, 1928. — PERY et BARTHÉLEMY,
B. S. O. G., 1929, n° 7.)

X..., 33 ans, II-pare.

Première grossesse normale.

Deuxième grossesse actuelle.

Accouchement normal. Délivrance naturelle. Les quatre premiers jours des suites de couches sont normaux.

Les cinquième et sixième jours : légère ascension thermique 37°5 et 38°1.

Le septième jour, la température est redevenue normale.

Le huitième jour, la malade est prise brusquement dans la nuit d'une hémorragie très abondante, subite, et sans cause apparente.

On pratique une révision utérine. Il n'y a aucun débris, mais la plaie placentaire n'est pas nette.

Injection intra-utérine iodée. Quelques heures après, la température monte à 38°8. Frissons.

Quelques pertes rouges persistantes. Abdomen douloureux.

Aussitôt, anesthésie générale au chloroforme. Hystérectomie sub-

totale. Drainage vaginal. Mèche abdominale et drain. Hémo-culture et ensemencement de la muqueuse utérine ont été négatifs. La malade a bien supporté son opération : elle a rendu des gaz trente-six heures après. Elle fait quelques complications pulmonaires, mais, malgré cela, dix jours après l'opération la température était normale.

Examen de deux fragments d'utérus :

1° Œdème interstitiel sans foyers inflammatoires;

2° Foyers à grosses cellules déciduales. Phénomènes inflammatoires. Polynucléose. Région thrombosées. Bouleversement histologique. La malade sort guérie.

OBSERVATION XLII (Inédite).

(Maternité, n° 272, 1928.)

X..., 33 ans, III-pare.

Première grossesse normale à 20 ans.

Deuxième grossesse normale à 23 ans : suites pathologiques ?

Troisième grossesse actuelle : accouchement normal, délivrance naturelle trente minutes après l'accouchement. Suites normales jusqu'au dixième jour, sauf une élévation de température à 37°8 les septième et huitième jours.

Le dixième jour, hémorragie assez abondante de sang liquide et caillots.

Le curage digital ne ramène que des caillots; 1 centicube sec-cacornine.

Deux jours après : frissons; température, 39°5; pouls, 110. Abscès de fixation.

Etat général s'aggrave rapidement. Transportée à son domicile sur la demande expresse de la famille, la malade y est décédée.

OBSERVATION XLIII (Inédite).

(Maternité, n° 697, 1928.)

X..., 23 ans, II-pare.

Première grossesse normale.

Deuxième grossesse actuelle : accouchement et délivrance normaux.

Suites normales jusqu'au treizième jour, date à laquelle survient une hémorragie de moyenne intensité, mais qui dure quarante-huit heures; glace, arrêt de l'hémorragie.

Le seizième jour, nouvelle hémorragie plus abondante. Nombreux caillots : sérum, ergotine, seccacornine, huile camphrée, etc.

Le soir l'exploration ne ramène que des caillots. Pas de cotylédons dans la cavité utérine : injection intra-utérine iodée.

L'hémorragie est arrêtée et ne se reproduit plus. Il n'y a jamais eu de température.

La malade sort guérie vingt-cinq jours après son accouchement.

OBSERVATION XLIV (Inédite).

(Maternité, n° 856, 1929.)

X..., 30 ans, I-pare.

Accouchement, délivrance, normaux.

Suites normales jusqu'au quinzième jour.

A ce moment-là, hémorragie importante précédée de petits frissons. Température 38°, pouls à 100, à 17 heures.

A ce moment-là, hémorragie importante précédée de petits frissons. Température 38° pouls à 100, à 17 heures.

A minuit, température 39° 5.

Au toucher le col est ouvert (orifice int); l'utérus est un peu mou.

Ergotine. Chlorure de calcium, septicémine. Glace sur le ventre.

Pendant vingt-quatre heures la malade ne perd plus.

La nuit suivante l'hémorragie se renouvelle plus abondante et accompagnée d'une grande quantité de caillots.

Chloroforme. Exploration de la cavité utérine : on trouve une quantité importante de caillots organisés libres dans la cavité. Après leur ablation, la surface utérine est lisse, sans irrégularité. Ecouvillonnage avec une compresse imbibée de solution iodo-iodurée. Suintement sanguin modéré, mais continu, toute la journée.

A 5 h. 30 température, 39° 5; pouls à 115. Frisson violent.

On décide l'hystérectomie.

A 22 heures, l'opération est pratiquée par le Docteur Barthélemy; hystérectomie subtotal. Les vaisseaux du pédicule ovarien droits sont épaissis, œdématisés, infiltrés, en voie de thrombose; on les ligature le plus loin possible.

Les anses intestinales sont météorisées. Mickulicz. Drain.

Pas d'incidents opératoires.

La malade est en bonne voie de guérison.

Examen macroscopique de l'utérus. — L'utérus est gros.

Sa muqueuse est malade, caillots adhérents, lochies purulentes. Cependant, la zone d'insertion placentaire paraît normale.

Exmen anatomo-pathologique (Professeur Sabrazès). — Le segment remis est un fragment de la muqueuse de l'isthme du col utérin. Sur les bords, on trouve un exsudat inflammatoire fibrino-purulent et hématiqué. La paroi utérine est dépourvue d'épithélium et de glandes. Elle est infiltrée de leucocytes polynucléés, de lymphocytes, de fibroblastes. Le tissu utérin est œdémateux, plasmolysé; les noyaux cellulaires sont en pycnose. Plus profondément, le tissu est mieux conservé; il existe de l'œdème interstitiel, une accumulation de mucus, çà et là, du collagène plus abondant, des polynucléaires infiltrés.

En résumé, métrite interstitielle aiguë avec lésions dégénératives du tissu utérin.

OBSERVATION XLV (Inédite).

(Canolle, n° 11, 1915.)

X..., 34 ans, I-pare.

Accouchement fait en ville. Forceps. Enfant de 4 kg. 090.

Délivrance normale le 13 décembre.

Suites bonnes jusqu'au 27, date du lever.

Le 30, dans la matinée, légère hémorragie. Depuis lors la malade perd plus ou moins.

Le 8 janvier, vers 16 heures, nouvelle hémorragie abondante avec caillots gros et nombreux.

La malade entre à Canolle : température, 37° 3.

Injectons vaginales chaudes qui arrêtent l'hémorragie.

La malade part guérie sept jours après.

OBSERVATION XLVI (Inédite).

(Canolle, n° 341, 1926.)

X..., 22 ans, I-pare.

Bassin rétréci.

Accouchement normal.

Délivrance trente minutes après l'accouchement. Naturelle, placenta complet.

Dans les suites de couches, la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre.

Le dixième jour la malade perd environ un verre de sang. Le ventre est douloureux. L'utérus dépasse la symphyse d'un travers de main. Température, 38°4.

Le onzième jour, la température est à 39 degrés. La malade continue de saigner. Utérus toujours douloureux. Mèche aux immunités pendant quatre jours. La température baisse.

Le vingtième jour, la malade perd un flot de sang. Utérus gros, mou, douloureux. Orifice externe béant. Quelques pertes les jours suivants. La température remonte à 38 degrés. Mais la malade fait un abcès du sein.

Bon état à la sortie, le 1^{er} août.

OBSERVATION XLVII (Inédite).

(Canolle, n° 77, 1929.)

X..., 35 ans, V-pare.

Premier avortement à six mois.

Trois grossesses normales.

Cinquième grossesse actuelle. Accouchement en ville, normal, le 8 février.

Hémorragie après la délivrance. Rien dans les suites de couches. Mais, le 13 février, hémorragie. Depuis, la malade a tous les jours des pertes sanguines. Elle entre à Canolle le 22.

Injectons chaudes.

Elle ne souffre pas du ventre.

Depuis son entrée, pouls, 64; température, 36 degrés.

Elle ne perd plus.

Sort le 5 mars en bon état.

OBSERVATION XLVIII (Inédite).

(Canolle, n° 175, 1929.)

X..., 23 ans, I-pare.

Entre le 3 avril, accouchement normal fait depuis trente-cinq jours.

S'est levée le quinzième jour. Le vingt-cinquième jour a eu une hémorragie abondante.

Depuis, la malade perd du sang. On lui fait un curetage. Sérum, hémophagostyl.

Pas de température.

A noter que son enfant a fait des hémorragies gastro-intestinales.

Sort guérie le 9 mai.

OBSERVATION XLIX (Inédite).

(Canolle, n° 287, 1929.)

X..., 19 ans, I-pare.

Accouchement normal le 23 juin. Suites bonnes jusqu'au 1^{er} juillet. A ce moment-là, la malade fait une hémorragie. Le soir, 38°1. Le lendemain nouvelle hémorragie.

La sage-femme fait une révision utérine qui ne ramène rien.

Le 5 juillet envoie la malade à Canolle. Nouvelle révision. L'utérus est vide. Pansements aux bouillons vaccins, répétés le lendemain.

Hémostyl par voie buccale.

Fait une phlébite gauche.

Globules rouges, 3.689.000;

Hémoglobine, 60 p. 100;

Globules blancs, 18.900;

Polynucléaires, 70 p. 100;

Lymphocytes, 20 p. 100.

La température est à 37°5, puis 38 degrés. Une poussée à 39 degrés, puis se maintient à 37°5.

Sort en bon état le 10 août.

OBSERVATION L (Inédite).

(Canolle, n° 330, 1929. — Due à l'obligeance

de M. le Docteur BOURSIER.)

X..., 29 ans, II-pare.

Première grossesse normale.

Deuxième grossesse actuelle.

Accouchement normal le 4 août.

Délivrance normale.

Suites absolument bonnes jusqu'au neuvième jour.

Le 13, sans prodromes, hémorragie brutale, abondante, sans que l'état général soit atteint.

Révision utérine : la cavité est vide. L'utérus est un peu gros, le col béant.

Après révision, température, 37°4; pouls, 92. Le 14, température, 37°5; pouls, 80. Bon état.

Saignotement de l'utérus.

Le 15, même état local, mais température, 40°5; pouls élevé dans l'après-midi, avec frissons.

Le soir, nouvelle hémorragie plus abondante. Signes d'anémie aiguë; sérum intraveineux, sous-cutané; huile camphrée; sulfarsénol; adrénaline; strychnine.

Tamponnement utérin.

Le 16 au matin, mèche enlevée, l'hémorragie se reproduit.

On fait un tamponnement d'attente avec une mèche à l'hémostyl (quelques heures). L'hystérectomie est décidée.

Le 16, à 23 heures, l'opération est pratiquée par MM. Mangé et Boursier; anses hyperémiées. Utérus un peu gros, pâle.

Subtotale. Mickulicz.

Examen macroscopique de l'utérus : Pas de rétention. La zone placentaire présente du sphacèle superficiel.

Au-dessous de cette zone, le muscle utérin est infiltré de sérosité purulente (qu'on peut faire sourdre, à la pression), sur une épaisseur de 1/2 centimètre environ. Le reste de l'utérus paraît normal.

L'hémoculture faite le 17 avait donné du streptocoque hémolytique.

La malade, très shockée par l'opération, meurt le 18.

L'enfant nourri au sein jusqu'à l'intervention a présenté des troubles de toxi-infection gastro-intestinale et est mort le 26 août.

Discussion des hémorragies sans rétention.

1° Etude analytique

Ces hémorragies sont survenues :

12 fois chez des primipares;

8 fois des secundipares;

(Les autres diverses.)

Dans la plupart des cas, les accouchements ont été normaux.

Les délivrances furent normales ou naturelles. Une seule fois (Obs. XXXIV), on fit la délivrance artificielle, et ceci s'oppose à la fréquence relative des délivrances artificielles dans les hémorragies par rétention.

Il y eut 4 fois des hémorragies après la délivrance : Obs. XXXI, XXXIII, XXXVIII, XLVII.

ETUDE CLINIQUE. — 6 fois seulement on nota de la fièvre avant l'hémorragie : Obs. XXVII, XXIX, XXXII, XXXIV, XLI, XLII.

Cette fièvre fut de moyenne intensité : 37°2 à 38°1.

Signes locaux. — L'utérus fut trouvé gros, mou ou douloureux dans 5 cas : Obs. XXIX, XXXV, XLIV, XLVI, L.

Dans l'observation XXX, on trouva la vessie distendue et bombant fortement dans le cul-de-sac antérieur.

On a noté dans 3 de nos observations seulement que le col était béant à l'examen.

Il faut dire que, d'une part, les examens gynécologiques n'étaient pas toujours inscrits sur les registres; d'autre part, que nous n'avons pas vu nous-même la grande majorité des malades dont nous rapportons les observations. Il faut s'en tenir à l'avis presque unanime des accoucheurs, qui s'accordent à dire que le col est entr'ouvert dans la plupart des cas d'hémorragies secondaires, aussi bien avec que sans rétention.

Dans l'observation XXXVII, on trouva le liquide amniotique purulent, et la malade présenta aussitôt après l'accouchement un très mauvais état général, qui persista dans les suites de couches.

L'HÉMORRAGIE. — Elle apparaît à des dates très variables. La plus précoce a été signalée le troisième jour, et la plus tardive le vingt-cinquième.

Enregistrons les dates de son apparition après l'accouchement :

3^e jour : Obs. XXXI.

4^e jour : Obs. XXXII, XXXVII.

5^e jour : Obs. XXXIV, XLVII.

6^e jour : Obs. XXXIX.

7^e jour : Obs. XXVII, XXXVI.

8^e jour : Obs. XXVIII, XXIX, XXX, XLI, XLIX.

9^e jour : Obs. L.

10^e jour : Obs. XLII, XLVI.

12^e jour : Obs. XXXIII, XL.

13^e jour : Obs. XLIII.

14° jour : Obs. XXXVIII.

15° jour : Obs. XLIV.

17° jour : Obs. XLV.

25° jour : Obs. XLVIII.

Ces hémorragies apparaissent donc le plus souvent entre le septième et le douzième jour avec un maximum de fréquence le huitième jour.

Caractères de l'hémorragie. — Elle a déterminé au moment de son apparition une élévation de température dans 6 cas : Obs. XXX, XXXVI, XXXVII, XLIV, XLVI, XLIX.

Une accélération du pouls dans 4 cas : Obs. XXX, XXXVI, XXXVII, XLIV.

Des frissons dans 1 cas : Obs. XLIV.

L'hémorragie a été grave d'emblée dans 6 cas : Obs. XXXVII, XL, XLI, XLIV, XLVIII, L.

De moyenne intensité dans 6 cas : Obs. XXVIII, XXIX, XXXIII, XLII, XLIII, XLIX.

Légère dans les autres cas.

Elle s'est répétée dans 14 cas : Obs. XXVII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XXXVIII, XLIII, XLIV, XLV, XLVI, XLIX, L.

L'hémorragie se répète à des moments variables : (une demi-heure après : Obs. XXXII; neuf jours après : Obs. XLVI).

5 fois elle se répéta plus abondante : Obs. XXVII, XLIII, XLIV, XLVI, L.

L'hémorragie consiste le plus souvent en sang liquide et en caillots.

Quand ils ont été signalés, les signes trouvés du côté de l'utérus sont des plus banaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Trois fois l'exploration intra-utérine a montré que la plaie placentaire n'était pas nette, et l'on trouva une surface bourgeonnante, hérissée de saillies inégales et fibreuses.

Des examens macroscopiques ou microscopiques ont été pratiqués 5 fois : Obs. XXIX, XL, XLI, XLIV, L.

Ils donnent, en général, l'impression d'une réaction inflammatoire intense et d'un véritable « bouleversement histologique ».

Pour les détails, nous renvoyons aussi aux observations où ils sont exposés.

BACTÉRIOLOGIE.

Trois fois l'hémoculture fut pratiquée :

Elle fut positive au streptocoque hémolytique dans l'observation L, et négative dans les autres cas : Obs. XL et XLI.

Rappelons à ce propos une parole de M. le Professeur agrégé Péry, au cours d'une discussion à la Société d'obstétrique de Bordeaux : « J'ai vu, disait-il, 4 cas d'hémorragies secondaires sans rétention. Dans 3 cas, l'hémoculture fut négative et les malades moururent. Une seule fois, chez une malade, que je vis avec le Docteur Favreau, il y eut une hémoculture positive au streptocoque et la malade guérit... »

C'est dire la valeur relative de l'hémoculture.

On pratiqua, enfin, deux fois l'ensemencement de la muqueuse utérine : il fut négatif dans l'observation XLI, et dans l'observation XL on ne trouva « que peu de microbes, et leur petit nombre contrastait avec la réaction inflammatoire intense ».

TRAITEMENT. — RÉSULTATS.

Sur 24 cas d'hémorragies secondaires sans rétention nous relevons :

20 cas de guérison;

4 cas de mort.

a) CAS DE GUÉRISON. — 1° Il y avait eu dans 9 cas des signes généraux ou locaux avant l'apparition de l'hémorragie : Obs. XXVII, XXIX, XXXII, XXXIV, XXXV, XXXVI, XLI, XLIV, XLVI.

Il n'y avait rien à signaler dans les autres cas. L'hémorragie détermina une élévation thermique et une accélération du pouls dans : Obs. XXXVI, XLIV, XLVI.

1 fois son apparition fut précédée de frissons : Obs. XLIV.

2° L'hémorragie fut abondante d'emblée dans 3 cas : Obs. XLI, XLIV, XLVIII.

Elle fut moyenne ou légère dans toutes les autres observations.

Elle se répéta plus ou moins abondamment dans : Obs. XXVII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXVI, XXXVIII, XLI, XLIII, XLIV, XLVI, XLIX.

3° Traitement employé : Le curage simple a été pratiqué dans : Obs. XXVIII, XXXII, XXXVIII, XLIII.

Le tamponnement simple d'emblée ou après révision : Obs. XXVII, mèche simple; XLVI et XLIX aux bouillons-vaccins.

Le curettage dans l'observation XLVIII.

Le curettage suivi de tamponnement : Obs. XXIX.

L'hystérectomie a été pratiquée 2 fois, toujours après révision utérine . Obs: XLI, XLIV.

Tous les autres cas de guérison (9) ont été traités par des moyens purement médicaux : injections chaudes, hémostatiques : ergotine, gynergène, glace, etc.

Quand cela fut nécessaire, on fit également un traitement général : sérum, tonicardiaques, transfusion.

Suites opératoires. — 1° Le curage détermina une poussée thermique et une accélération du pouls : Obs. XXXII et XXXVIII.

Il n'y eut aucune réaction dans les deux autres cas où il fut pratiqué.

2° Le tamponnement détermina une élévation de température dans les 3 observations où il fut pratiqué. Elle persista un mois et demi dans l'observation XLIX.

3° Le curettage suivi de tamponnement provoqua une élévation de la fièvre à 39 degrés, qui se maintint et il n'empêcha pas l'hémorragie de se reproduire. Obs. XXIX.

Dans l'observation XLVIII, on sait seulement que la malade sortit guérie.

4° L'hystérectomie fut pratiquée dans 2 cas : Obs. XLI, XLIV.

Rappelons que dans l'observation XLI il y avait eu un peu

de température pendant les suites de couches et que l'hémorragie avait été précédée de petits frissons dans : Obs. XLIV.

Dans les deux cas, l'hémorragie fut abondante, détermina une poussée thermique et se répéta.

La révision utérine provoqua dans les deux observations : de violents frissons, une forte température, une accélération notable du pouls.

C'est pourquoi on fit l'hystérectomie. Les suites furent bonnes.

b) CAS DE MORT. — Il y eut des signes locaux ou généraux avant l'hémorragie dans deux cas : Obs. XXVI et XLII.

L'hémorragie provoqua de la fièvre et l'augmentation de fréquence du pouls dans l'observation XXXVII.

L'hémorragie fut abondante dans 3 cas : Obs. XXXVII, XL, L.

Moyenne dans l'observation XLII.

Elle est apparue au :

4^e jour : Obs. XXXVII;

9^e jour : Obs. L;

10^e jour : Obs. XLII;

12^e jour : Obs. XL.

Elle s'est répétée spontanément : Obs. L; à l'ablation du tamponnement : Obs. XL et L.

Traitement. — On a fait :

Le curage simple au dixième jour : Obs. XLII.

Le tamponnement simple à H₂O₂ : Obs. XXXVII.

Le tamponnement le douzième jour. L'hystérectomie vaginale le 13^e : Obs. XL.

Après révision utérine, tamponnement de vingt-quatre heures, puis nouveau tamponnement d'attente de quelques heures; l'hystérectomie subtotala fut pratiquée le douzième jour dans l'observation L.

Suites opératoires. — Après le curage, Obs. XLII : Frissons. Température, 39°5. Pouls à 110, jusqu'à la mort.

Après le tamponnement, Obs. XXXVII : Température oscil-

lant entre 38°5 et 40 degrés. Pouls entre 120-140 jusqu'à la mort.

Obs. XL : mort quatre jours après l'opération.

Obs. L : mort deux jours après.

2° Formes d'après la gravité :

Dans les hémorragies sans rétention nous trouvons aussi une forme légère et une forme grave.

Nous avons noté 12 observations de formes légères et 12 observations de formes graves, ce qui fait une proportion de 50 p. 100 environ pour chacune d'elles.

Mais, de même que pour ces hémorragies par rétention, il est impossible de délimiter nettement chaque catégorie, de sorte qu'ici aussi on peut trouver dans ce même groupe des cas relativement assez différents.

CHAPITRE IV

ETUDE D'ENSEMBLE DES HÉMORRAGIES SECONDAIRES

Notre travail renferme 50 observations d'hémorragies secondaires du *post partum*.

Pour établir le pourcentage de fréquence de cette complication, nous ne tiendrons pas compte de 13 cas antérieurs à 1920 ou ne provenant pas des maternités.

Il nous reste donc 37 observations d'hémorragies tardives; et étant donné, qu'il y a eu environ 20.000 accouchements dans nos maternités depuis 1920, cela représente environ 2 cas pour 1.000 accouchements.

Il est juste de dire que cette proportion varie suivant les années et que, dans les services, après être resté une certaine période sans voir d'hémorragies secondaires, on peut en avoir brusquement plusieurs cas à peu d'intervalle.

Sur ces 37 cas, nous avons eu 18 fois des hémorragies par rétention, et 19 fois des hémorragies sans rétention.

La proportion est donc sensiblement égale.

ETIOLOGIE. — D'après ce que nous avons constaté dans l'étude analytique de chaque série d'observations, il semble que les hémorragies secondaires surviennent le plus souvent chez des primipares et des secondipares.

Cela tient sans doute à ce que, avec la mentalité actuelle et l'évolution de notre natalité, on rencontre, dans les services d'accouchements, beaucoup plus de primipares que de grandes multipares.

Notre étude analytique nous a encore montré que les antécédents, les circonstances de l'accouchement ne jouaient aucun rôle dans l'étiologie des hémorragies secondaires.

L'histoire de nos malades n'est donc pas susceptible de nous aider à faire le diagnostic.

DIAGNOSTIC. — Avant tout, il importe d'affirmer que le sang vient bien de l'utérus. En effet, nous avons trouvé plusieurs fois, au cours de nos recherches, des hémorragies apparaissant à des dates variables dans les suites de couches, et dues à des escarres, des varices, des thrombus, par exemple.

On pourrait, *a priori*, croire qu'il est facile de différencier les deux grandes variétés d'hémorragies secondaires qui font l'objet de notre travail.

Nous allons montrer qu'il n'en est rien et qu'aucun des signes que nous pouvons trouver chez nos malades n'est capable de nous faire porter un diagnostic étiologique.

1° C'est ainsi que la fièvre ne peut être considérée comme un signe spécifique de l'une ou l'autre variété. Dans les cas de rétention, on la trouve environ dans 45 p. 100 des cas, alors que dans les cas de non-rétention elle n'existe que dans 30 p. 100 des cas d'après nos observations; mais toujours avec la même variabilité dans son intensité.

2° Il ne faut pas davantage, au point de vue diagnostic, s'appesantir sur les signes locaux : un utérus en subinvolution, gros, mou, douloureux, un col entr'ouvert, s'observent, de l'avis des accoucheurs, aussi bien lorsqu'il y a rétention que lorsqu'il n'y en a pas.

Il est d'ailleurs difficile de faire un pourcentage, car, dans nos observations, les résultats des examens gynécologiques n'ont pas toujours été notés.

Nous avons constaté chez deux malades de violentes tranchées dans les suites de couches.

M. Balard croit que ce signe aurait une certaine valeur au point de vue du diagnostic de la rétention, surtout lorsqu'on le rencontre chez les primipares chez lesquelles les tranchées

sont habituellement absentes, et qu'il s'accompagne d'une douleur localisée sur la paroi utérine.

Il convient de souligner aussi que des lochies fétides n'ont été signalées que dans les observations avec rétention et dans 16 p. 100 des cas environ.

3° Quant à l'hémorragie, elle ne peut nous renseigner :

a) Si nous avons, dans nos observations, constaté des réactions coïncidant avec son apparition, elles étaient dans des proportions à peu près égales : fièvre, accélération du pouls se rencontrent, en effet, dans 18 p. 100 des cas de rétention et 25 p. 100 des autres.

Une fois seulement, dans l'observation XLIV, il s'était produit des petits frissons répétés avant l'hémorragie.

b) Sa date d'apparition est variable. Elle survient, en général, entre le huitième et le quinzième jour dans les hémorragies par rétention, avec maximum de fréquence les douzième et quinzième jours, et entre le septième et le douzième jour dans les cas de non-rétention, avec prédominance le huitième jour. Ces derniers paraissent donc un peu plus précoces.

c) De même, dans les deux variétés d'observations, l'hémorragie est de quantité variable à son apparition. Elle est abondante dans 35 p. 100 environ des cas de rétention et 25 p. 100 de non-rétention.

Le reste du temps, elle est moyenne ou légère.

d) Elle se répète, par contre, assez fréquemment, puisque, dans la première série d'observations, on a un pourcentage de répétition de 40 p. 100 et de 50 p. 100 dans la deuxième.

Après cette revision rapide des signes que nous rencontrons en général chez ces malades, nous sommes bien forcés de reconnaître qu'aucun d'eux n'est pathognomonique.

Cependant, en présence d'une délivrance artificielle antérieure (si paradoxal que cela puisse paraître), de lochies fétides, de tranchées violentes, d'une date d'apparition plus tardive, et sans attacher trop d'importance à ces petits signes, on pensera davantage à une rétention.

Malgré tout, pour diagnostiquer la variété d'hémorragie en

présence de laquelle on se trouve, le seul moyen qui nous reste est le toucher intra-utérin. Dans nos observations, il a presque toujours été pratiqué.

Si, parfois, on a pu prendre une surface bourgeonnante, irrégulière, pour un fragment placentaire adhérent, il faut reconnaître que ces erreurs sont rares et que la valeur du toucher intra-utérin reste entière : il nous permet, en effet, de reconnaître l'importance de l'objet de la rétention, son indépendance, ou son adhérence, ou, au contraire, la vacuité de la cavité utérine, diagnostic qu'il est impossible de faire par tout autre moyen.

D'ailleurs, l'examen anatomo-pathologique sera parfois utile pour différencier microscopiquement un débris placentaire d'un caillot plus ou moins organisé, assez analogues macroscopiquement. Il faut évidemment pratiquer cette manœuvre avec prudence, avec douceur, et en s'entourant des plus minutieuses précautions d'asepsie pour éviter de déclencher une infection plus ou moins latente.

Sous réserves de ces précautions, le toucher utérin est inoffensif et il ne serait pas logique de se priver du seul moyen de diagnostic qui soit à notre disposition.

Nous sommes donc d'avis que le toucher intra-utérin doit être systématiquement pratiqué pour établir le diagnostic.

ÉVOLUTION. PRONOSTIC. — Il peut y avoir, dans les hémorragies liées à une rétention, des cas heureux : on a pu voir un cotylédon s'évacuer spontanément (ce fait s'est produit dans l'observation III, mais n'est pas absolument typique, car il restait d'autres débris dans l'utérus).

Mais il faut bien dire que ces cas sont rares et que, en général, si l'on n'intervient pas par un traitement actif, l'hémorragie se répète, l'infection s'y surajoute et les cas évoluent vers de graves complications et même vers la mort (Obs. XIV).

Dans les hémorragies sans rétention, au contraire, il arrive souvent (50 p. 100 des cas environ) que les traitements les plus minimes suffisent à amener la guérison; mais on voit aussi que, dans les cas graves, les traitements même les

plus radicaux (hystérectomie, par exemple), ne peuvent réussir à enrayer les accidents (Obs. XL et L).

On ne peut fonder son pronostic sur le fait qu'on se trouve en présence d'une hémorragie par rétention ou, au contraire, d'une hémorragie sans rétention : le pourcentage de mortalité est, en effet, à peu près égal dans les deux cas : 25 p. 100 pour les premières et 20 p. 100 pour les secondes.

La présence de la fièvre avant l'apparition de l'hémorragie ne peut en rien servir le pronostic. On voit des malades guérir après avoir eu une température très élevée (Obs. VIII, XXVI, XLI, par exemple), alors que d'autres meurent après n'avoir présenté que des réactions fébriles insignifiantes (Obs. XIV).

Il en est de même d'ailleurs des accidents provoqués par le curage. On voit des malades chez lesquels il provoque de la fièvre, de l'accélération du pouls, des frissons violents (Obs. VI et XLIV), alors que d'autres ne présentent absolument rien (Obs. X).

D'autre part, il arrive que les accidents fébriles soient très intenses après le curage, et que, cependant, tout redevienne normal le lendemain; d'autres fois, au contraire, ils peuvent persister un temps plus ou moins long.

Il est difficile de donner un pourcentage exact, mais sur 33 observations où le curage a été pratiqué (en tenant compte de celles où il a été fait un autre traitement par la suite), il a donné 21 fois des réactions violentes et 16 fois des réactions moyennes ou légères. Il y eut, d'ailleurs, des morts dans les deux cas.

Quel est le rôle de l'hémorragie au point de vue pronostic?

Dans les observations terminées par la mort, l'hémorragie fut abondante dans 60 p. 100 des cas environ, et répétée dans 70 p. 100.

Dans les cas ayant évolué vers la guérison, elle ne fut abondante que dans 23 p. 100 et répétée dans 55 p. 100.

Il semble donc que l'abondance et la répétition de l'hémor-

ragie soient des éléments importants du pronostic, mais sans avoir pour cela une valeur absolue.

En réalité, les deux éléments hémorragie et infection commandent le pronostic, mais à des degrés divers.

Ils se combinent souvent ou évoluent parallèlement, ce qui rend le pronostic plus délicat.

Comme ce dernier est sans cesse en évolution et qu'il suit la marche des accidents, il est impossible de le faire *a priori*, puisque nous n'avons pas plus d'éléments pour lui que nous n'en avons pour le diagnostic.

Dans ces conditions, il y a, au point de vue thérapeutique, deux façons de se conduire :

On peut être systématique d'emblée comme MM. Couvelaire et Metzger, qui, à des degrés divers, prônent l'abstention de toute manœuvre intra-utérine et qui prêchent en faveur de l'hystérectomie.

Mais on peut être aussi opportuniste et, tout en ne se laissant pas forcer la main par les événements, se rappeler qu'il existe des formes légères et des formes graves.

C'est sur ces directives que nous allons essayer de fixer la conduite à tenir en présence d'hémorragies secondaires ou *post partum*.

Thérapeutique.

Rappelons tout d'abord que pour nous la révision utérine s'impose, elle est nécessaire pour faire le diagnostic et, par conséquent, pour nous permettre d'appliquer une thérapeutique adéquate.

a) CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE :

1° Le tamponnement;

2° Le curettage.

Ce sont des moyens aveugles. Ils ne permettent pas de faire le diagnostic de la variété, ce que nous considérons comme capital, et même, au point de vue thérapeutique, leur valeur est relative.

1° Le tamponnement provoque la rétention des lochies et favorise l'infection.

Sur 9 cas de mort que nous rapportons, le tamponnement, seul ou suivi d'une autre thérapeutique, avait été pratiqué cinq fois.

Tant qu'il est en place, il assure en général l'hémostase; mais il n'a aucune action curative, et, lorsqu'on l'enlève, l'hémorragie peut très bien se reproduire.

Il ne peut se justifier que comme moyen d'attente (deux heures au plus) d'une thérapeutique d'exérèse. D'autre part, si le tamponnement a été pratiqué par autrui, chez une malade qu'on voit seulement un certain nombre d'heures après, nous estimons qu'en dehors de tout autre élément de pronostic l'hystérectomie doit être pratiquée immédiatement en raison des dangers créés par le tamponnement.

2° Le curettage est aussi aveugle que le tamponnement.

Il est insuffisant, car, dans un gros utérus puerpéral, il peut laisser en place une portion de cotylédon, et, en outre, en labourant largement la surface utérine, il provoque nécessairement des résorptions toxiques et favorise la dissémination des germes.

Du reste, il n'est, généralement, plus pratiqué aujourd'hui dans le *post partum*.

b) CE QU'IL FAUT FAIRE. — Un traitement actif, et il faut ici distinguer deux cas :

1° *Il y a rétention*. — Il faut enlever le fragment placentaire, qui peut être libre ou presque complètement décollé; il est alors facile d'en débarrasser l'utérus par un curage digital.

S'il est adhérent, loin de le laisser en place, il faut, au contraire, l'enlever de la même façon.

On peut faire suivre avec avantage le curage digital d'un écouvillonnage à la térébenthine.

Cependant, il ne faudrait pas croire que le curage pratiqué on n'ait plus rien à craindre; sans doute, il ne faut pas s'alarmer outre mesure des frissons et de la réaction thermique qu'il provoque immédiatement. Mais, par contre, la répétition des frissons, la continuation ou la recrudescence de la fièvre méritent de retenir l'attention.

Et nous appliquerons volontiers à ces hémorragies par rétention la formule du Professeur J.-L. Faure sur le traitement des infections du *post abortum* : « ... Je fais le curettage, dit-il, et si, vingt-quatre heures après, il se produit des accidents, je fais l'hystérectomie... »

(Nous remplaçons évidemment ici le curettage par le curage).

Il faut donc être dans l'expectative armée : si vingt-quatre ou trente-six heures après le curage, au maximum, l'hémorragie se reproduit, ou surtout si l'infection se continue, il faut pratiquer l'hystérectomie sans plus tarder.

Nous sommes loin de l'abstention ou de l'hystérectomie systématiques de certains auteurs.

2° *Il n'y a pas rétention.* — Il y a des formes légères et des formes graves. Nous l'avons montré au cours de notre travail.

Puisqu'il y a des malades qui guérissent avec des traitements minimes, il ne faut pas être systématique.

On trouve des formes bénignes soit par la quantité de l'hémorragie, soit par sa non-répétition, soit par l'absence de température ou de frissons, etc.

Dans ces cas il faut faire un traitement médical. On emploiera les injections vaginales chaudes, même parfois les injections intra-utérines. On usera des hémostatiques : ergotine, pituitrine, etc. On pourra utiliser la glace. Si cela est nécessaire, on aura recours à la médication anti-infectieuse : sulfarsénol, septicémine, abcès de fixation.

La transfusion sera utilisée à la fois pour régénérer la masse sanguine et comme médication anti-infectieuse.

Et on pourra avoir recours, si besoin est, aux toni-cardiaques et au sérum.

Mais si l'hémorragie se répète de plus en plus abondante, si la fièvre s'allume, alors il faut sans retard pratiquer l'hystérectomie; de même d'ailleurs que dans les cas graves d'emblée.

L'HYSTÉRECTOMIE. — Elle est indiquée, avons-nous dit, dans les cas de rétention, lorsque, vingt-quatre heures après le cu-

rage, persistent ou s'allument des accidents infectieux, ou que l'hémorragie se répète, et dans les formes sans rétention, dans les cas graves d'emblée et dans ceux dont l'évolution tend à s'aggraver.

Avant tout, il faut faire l'anesthésie à l'éther, qui est moins dangereuse chez des malades affaiblies par l'hémorragie ou l'infection. Les risques de syncope y sont moindres qu'avec le chloroforme, et elle a l'avantage de ne pas agir sur le foie.

Quelle opération pratiquer?

a) L'hystérectomie vaginale a pour elle d'être moins traumatisante; chez des femmes exsangues ou infectées, elle serait moins shockante et permettrait un meilleur drainage par en bas.

Mais il faut dire que l'utérus puerpéral est gros et friable. Sa bascule est rendue difficile, et la technique en devient plus compliquée.

En outre l'hémostase du pédicule utérin est plus difficile que sur un utérus non gravide, et il y a souvent sur la paroi postérieure du col de grosses veines qui demandent à être liées séparément.

b) Les auteurs semblent préférer de beaucoup, aujourd'hui, l'hystérectomie subtotale par voie abdominale, qui est suffisante; mais il faut systématiquement lui adjoindre le « Mickulicz », car on a toujours affaire à un utérus plus ou moins infecté.

CONCLUSIONS.

I. — Les hémorragies des suites de couches constituent une complication importante de la puerpéralité, tant au point de vue de leur fréquence relative (2 p. 1.000 environ) qu'en raison de leur haute gravité (20 à 25 p. 100 de mortalité).

II. — Ces hémorragies, pour une part sensiblement égale, peuvent être rapportées à des rétentions cotylédonnaires, mais aussi, à l'encontre de ce que pensaient les anciens auteurs, elles sont dues dans 50 p. 100 des cas environ à l'infection, réalisant ce que le Professeur Couvelaire a dénommé la « forme métorragique de l'infection puerpérale ».

III. — En dehors du toucher intra-utérin, qui doit être systématiquement pratiqué pour établir d'une manière définitive le diagnostic, il n'existe aucun complexe symptomatologique permettant d'individualiser chacune de ces variétés d'hémorragies.

Cependant, sans y ajouter une importance capitale, nous croyons devoir signaler que les hémorragies par rétention surviennent, plus fréquemment que les hémorragies sans rétention, après une délivrance artificielle. Elles sont un peu plus tardives; les lochies sont souvent puriformes et malodorantes; les malades accusent parfois des douleurs spontanées de l'utérus, et localisées nettement à la pression en un point de sa paroi.

IV. — Dans chacune de ces deux variétés d'hémorragies, il existe des formes relativement bénignes et des formes graves. Mais nous n'avons pas pu reconnaître de signes de certitude, qui nous permettent dès le début de l'hémorragie d'établir un pronostic certain.

V. — Néanmoins l'existence de formes relativement légères (dans la proportion de 40 p. 100 dans les cas de rétention et de 50 p. 100 dans les cas de non rétention) ne nous permet pas de souscrire à une thérapeutique systématique, qui, pour certains, n'a pas de milieu entre l'expectative absolue et l'hystérectomie.

VI. — Le curettage et le tamponnement sont des méthodes à rejeter d'une façon absolue. Le tamponnement ne peut être qu'un moyen d'attente ne devant pas excéder deux heures. Et le fait qu'un tamponnement a été pratiqué constitue, à notre avis, une indication de l'hystérectomie.

VII. — Dans les hémorragies par rétention, nous estimons qu'il convient d'enlever systématiquement, par un curage digital, le corps du délit, même s'il est adhérent.

Ce sera la seule intervention à pratiquer si l'hémorragie ne se reproduit pas et surtout si la réaction thermique et les frissons qui suivent fréquemment le curage, cèdent dans les vingt-quatre heures.

Par contre, s'il y avait reprise des accidents hémorragiques ou infectieux, on devrait alors pratiquer l'hystérectomie sans délai.

VIII. — Dans les hémorragies sans rétention, le traitement médical sera utilisé dans les formes légères, et l'hystérectomie sera réservée aux formes graves d'emblée ou aux cas d'hémorragies à répétition ou qui s'accompagnent d'un syndrome infectieux inquiétant.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDÉRODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 9 décembre 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGEARD. — Des hémorragies après l'accouchement. Thèse de Paris, 1854.
- AUTEFAGE. — Infections puerpérales graves guéries par l'hystérectomie. *B. S. O. G.* (1), juin 1928, p. 723.
- ANDÉRODIAS, BALARD, MAHON. — Syndrome infectieux hémorragique des suites de couches. *B. S. O. G.*, novembre 1928, p. 238.
- BALARD. — Un cas d'hémorragie grave survenue tardivement dans les suites de couches. *B. S. O. G.*, mars 1920, p. 200.
- BAR, BRINDEAU, CHAMBRELENT — Pratique de l'art des accouchements, p. 490.
- BRINDEAU. — *B. S. O. G.*, avril 1926.
- BECKER. — Hémorragies dans les suites de couches. *Munch. Med. Wochenschrift*, n° 19, juillet 1923, p. 349.
- BONAMY. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Thèse de Paris, 1899.
- BRUNEAU — Curettage dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1894.
- CAMOIN. — Des hémorragies utérines pendant la grossesse et après l'accouchement. Thèse de Paris, 1839.
- CAPPON. — De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme. Thèse de Paris, 1905.
- CAZEAUX. — Hémorragies toxiques pendant et après l'accouchement. Thèse de Paris, 1835.
- CHARLON — Métrorragies dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris, 1926.
- CHARTIER. — Traitement de la septicémie puerpérale par le curage de l'utérus. Thèse de Paris, 1889.

(1) *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie.*

- CORNELIUS, CHRISTEANU (Bucarest). — Hystérectomie et infection puerpérale aiguë. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, 1904, p. 640.
- COURBIN. — Indications d'urgence de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. *B. S. O. G.*, février 1922.
- Nouvelles considérations sur l'infection puerpérale. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 février 1923.
- COUVELAIRE, LEVY-SOLAL, RAVINA. — Antiseptie utérine par filtrat de culture de streptocoques en bouillon dans l'infection puerpérale. *B. S. O. G.*, avril 1924, p. 232.
- COUVELAIRE. — Forme métrorragique de l'infection puerpérale. *B. S. O. G.*, mars 1926, p. 161.
- Hémorragies tardives du *post partum*. *La médecine*, avril 1928.
- COUVELAIRE, PORTES, DIGONNET. — Hémorragies tardives des suites de couches. Indication de l'hystérectomie d'emblée. *B. S. O. G.*, novembre 1928, p. 818; *in extenso* dans *Gynécologie et obstétrique*, novembre 1928, p. 378.
- CURTIS et OUI. — *Annales de gynécologie*, 1904, p. 383.
- DAUTER. — *Zentralb. für. gyn.*, 1904, p. 1085.
- DELAFARGUE. — Des hémorragies utérines après l'accouchement. Thèse de Paris, 1834.
- DELESTRE. — *B. S. O. G.*, avril 1926, p. 215.
- DÉMELIN-BULLET. — *B. S. O. G.*, avril 1906.
- DEROMPS. — *B. S. O. G.*, avril 1927.
- DE ROUVILLE et MADOU. — *B. S. O. G.*, 1926, n° 1, p. 86.
- DESNOYERS et DIGONNET. — Un cas de rétention placentaire partielle à manifestations tardives. *B. S. O. G.*, mars 1928, p. 207.
- DEVÉ. — *B. S. O. G.*, avril 1926, p. 213.
- DE VESIAN, SOLAL (René). — *B. S. O. G.*, p. 44, n° 1, 1929.
- DIGONNET. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du *postpartum*. Thèse de Paris, 1928.
- DUBOURG. — De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement. Thèse de Paris, 1885.
- DUPU. — Hystérectomie dans l'infection puerpérale. Thèse de Bordeaux, 1922.

- EMANAUD. — De la rétention placentaire méconnue. Thèse de Paris, 1903.
- EPARVIER. — *B. S. O. G.*, n° 7, 1929, p. 502.
- ESTÉOULE. — Recherches sur les rétentions prolongées de débris placentaires. Thèse de Paris, 1903.
- ESTIENNY et RIBAT. — Hémorragie au sixième jour des suites de couches. *B. S. O. G.*, février 1929, p. 170.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, p. 644.
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale, p. 571.
- FEUTCHER. — *B. S. O. G.*, 1929, n° 3, p. 266.
- FRANKEL. — Hémorragies tardives des suites de couches et avortement. *Archiv. für Gyn.*, t. CXXIX, p. 1926.
- FRANKL. — Hémorragies tardives du *post partum*. *Geb. Gyn. Gesell. de Vienne*, du 12 janvier 1926, et *C. R. Zentralb. für Gyn.*, n° 38, 18 septembre 1926.
- GUENIOT. — Culture sur placenta humain de quelques germes. *C. R. de la Société de biologie*, décembre 1907, p. 395 et 606.
- GUIDEZ. — Traitement par le curettage utérin de la rétention des membranes et du placenta. Thèse de Lille, 1894.
- HARTEMANN. — Hémorragies tardives du *post partum* avec infection, etc., *B. S. O. G.*, juin 1928, p. 747.
- HERSANT. — Curage et curettage dans les suites de couches. Thèse Paris, 1908.
- HERVIEUX. — Traité des maladies puerpérales.
- HOEHNE. — Traitement de la rétention des débris placentaires. *Zentralb. für Gyn.*, t. XXXVIII, 1914, p. 1465.
- HORMAN. — Doit-on enlever ou non les restes placentaires après l'accouchement. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, t. XXIV, 1911, p. 412.
- JACOBS. — Adhérences entre le placenta et la paroi utérine. *B. S. O. G.*, juin 1920, p. 592.
- JEANNIN (C.). — Infections puerpérales putrides, 1902, p. 132.
— De la séméiologie des lochies. *Presse médicale*, 14 mars 1906, p. 161.
- KERMAUNER. — *Archiv. für Gyn.*, 23 mai 1925.

- KLAFTEN. — Hémorragies tardives des suites de couches. *Zentralb. f. Gyn.*; 20 février 1926, p. 474.
- KUSTER. — Hémorragie tardive des suites de couches. *Zeitschrift f. Geb. und. Gyn.*, t. LXVII, 1910, p. 430.
- LACOURME. — Hystérectomie abdominale précoce pour infection puerpérale. *B. S. O. G.*, mars 1928, p. 331.
- LÉVY-SOLAL, RAVINA. — Forme métrorragique de l'infection puerpérale. *B. S. O. G.*, avril 1926, p. 209.
- Un cas de métrorragie grave au sixième jour après l'accouchement. *B. S. O. G.*, 1927, p. 248.
- LÉVY-SOLAL, SIMARD, LEBLOND. — *C. R. Société de biologie*, 1924, p. 483.
- LE LORIER. — Rétention cotylédonnaire du *post partum*, infection, hémorragies, etc. *B. S. O. G.*, avril 1926, p. 217.
- Hémorragies graves avec fièvre au quinzième jour après l'accouchement, etc. *B. S. O. G.*, juin 1928, p. 538.
- LEROUX. — Observations sur les pertes de sang des femmes en couches, etc. Carion, Dijon, 1810.
- MARMASSE. — Le curettage dans les accidents des suites de couches. Thèse de Paris, 1895.
- MARCOU. — Quelques considérations sur l'hémophilie et les hémorragies qu'elle provoque après l'accouchement. Thèse de Paris, 1892.
- MENACHÉ. — Hémorragie tardive du *post partum*. *B. S. O. G.*, février 1928, p. 179.
- MENACHÉ et MODIANO. — *B. S. O. G.*, n° 2, 1929, p. 168.
- METZGER. — Le streptocoque hémolytique dans l'infection puerpérale. *Presse médicale*, 15 avril 1911, p. 303.
- A propos de rétention placentaire du *post partum*. *B. S. O. G.*, novembre 1928, p. 819.
- MUNTHE. — Prophylaxie et traitement des hémorragies du *post partum*. Thèse de Paris, 1880.
- NOGÈRES. — Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du *post partum* liées à une rétention placentaire. Thèse de Paris, 1924.

- APITZ. — Hémorragies des suites de couches. *Munich, méd. Wochenschrift*, n° 18, 4 mai 1923, p. 570.
- PELAPRAT. — Des hémorragies puerpérales secondaires. *Thèse de Paris*, 1882.
- PÉRY et BALARD. — Hémorragies graves, à répétition des suites de couches. Transfusion, guérison. *B. S. O. G.*, 1921, p. 250.
- PÉRY et BALARD. — Hystérectomie dans l'infection puerpérale. *Revue française de gynécologie et obstétrique*, n° 7, 1921, p. 359.
- PÉRY et BARTHÉLEMY. — Hémorragie des suites de couches. Hystérectomie, Guérison. *B. S. O. G.*, 1929, n° 7, p. 493.
- POIRIER. — De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. *Thèse de Paris*, 1894.
- POTVIN. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. *Gynécologie et obstétrique*, 1921, p. 207.
- RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'obstétrique, p. 1073.
- ROLLINDO. — Hémorragie dans les suites de couches. *B. S. O. G.*, juin 1920.
- RUDAUX. — Hémorragie mortelle au dixième jour des suites de couches. *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1905, p. 761.
- SCHANTA. — Faut-il décoller les restes placentaires. *Wien-Klin-Wochenschrift*, t. XXV, 1912, p. 58.
- SHROEDER. — *Traité de l'art des accouchements*; trad. Charpentier, p. 710.
- SMELLIE. — Observations sur les accouchements, 1765.
- SOCIÉTÉ BELGE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE. — Attitude à adopter au cours du *post partum* en cas de rétention. *B. S. O. G.*, février 1928, p. 195.
- TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'art des accouchements*, t. IV, p. 120.
- THIERY. — Des hémorragies secondaires des plaies de guerre. Société de chirurgie, novembre 1914.
- TOUBOL. — Hystérectomie dans infection puerpérale. *Thèse de Bordeaux*, 1922, p. 28.
- TRILLAT et EPARVIER. — *B. S. O. G.*, mai 1928, p. 590.
- VARNIER. — Obstétrique journalière.
— *Bulletin thérapeutique*, 1864.

- VELPEAU. — *Traité de l'art. des accouchements*, 1835.
- VERMELIN. — La rétention cotylédonnaire du *post partum*. *Revue médicale de l'Est*, 1921, p. 184.
- VERMELIN-DELFOURD. — Rétention cotylédonnaire tardive du *post partum*. *B. S. O. G.*, mars 1928, p. 443.
- VIGNES et LEROUX. — Hémorragies secondaires du *post partum*. *Annales d'anatomie pathologique*, mai 1927.
- VORON, BRANSILLON. — *B. S. O. G.*, 1929, p. 568.
- VORON, CHAVENT. — Hémorragie tardive du *post partum*. Traitement médical. *B. S. O. G.*, novembre 1928, p. 869.
- VORON, MOULINIER. — Hémorragies tardives du *post partum*. *B. S. O. G.*, novembre, 1928, p. 866.
- VORON, PIGEAUD. — *B. S. O. G.*, mars 1929, p. 225.
- WALLICH. — Parallèle entre l'infection puerpérale et quelques infections chirurgicales. *Presse médicale*, 27 mars 1919.
- WEBER. — Rétention placentaire et des membranes après accouchement à terme ou spontané. Thèse de Kiel, 1910.
- WEINBERG et GUNSBURG. — Données récentes sur les microbes anaérobies et leur rôle en pathologie, 1927.

